

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

O ACESSO AOS SERVIÇOS PÚBLICOS: INTERVENÇÃO DOS ENFERMEIROS DE
REABILITAÇÃO NA ACESSIBILIDADE ARQUITETÓNICA

ACCESS TO PUBLIC SERVICES: INTERVENTION OF REHABILITATION NURSES IN
ARCHITECTURAL ACCESSIBILITY

Professora Orientadora:

Professora Doutora Maria Manuela Martins

Co Orientadora:

Rute Salomé Silva Pereira

Andreia Relvas Rodrigues

Porto, 2019

*“Posso aceitar que o deficiente físico seja
vítima do destino, só não posso aceitar
que seja vítima da nossa indiferença”*

J. F. Kennedy

AGRADECIMENTOS

Este pequeno espaço, foi reservado para lembrar todos aqueles que de uma forma mais profunda ou sublime, contribuíram para a realização deste trabalho.

À Professora Doutora Manuela Martins (conselheira para a igualdade do Município de Famalicão) estou grata pelo apoio pedagógico, receptividade; pela orientação crítica e sugestiva. Ressalvo o seu saber científico, o seu entusiasmo no tema da dissertação, pois sem a sua ajuda tudo teria sido indiscutivelmente mais difícil.

À Rute Pereira pela sua disponibilidade ajuda e pertinentes sugestões e críticas.

À minha família, em particular aqueles que sempre me deram apoio incondicional, encorajaram e que estiveram ao meu lado nas batalhas e ao longo de todo o percurso académico por mim delineado, aos meus pais e avó, o meu amor e gratidão.

Ao meu companheiro, pela paciência, compreensão, carinho e companhia durante este período, e por me incentivar a não desistir dos objetivos traçados, obrigada!

Aos meus colegas de ensino clínico, especialidade e mestrado, pela amizade que foram sentidos durante este período de aprendizagem, o meu bem-haja!

Aos funcionários da Câmara de Vila Nova de Famalicão por toda a colaboração prestada no que concerne ao processo inerente às autorizações e levantamento de dados, o meu obrigada!

À Escola Superior de Enfermagem do Porto, e aos professores que nela lecionam, estou agradecida pela excelência da formação conferida e pelos ensinamentos transmitidos.

A todos os que de forma diferente, de uma maneira ou de outra, direta ou indiretamente me ajudaram no percurso e finalização deste trabalho e à finalização de mais uma etapa académica. O meu obrigada!

CHAVE DE SIGLAS E /OU ABREVIATURAS

AVD'S – Atividade de Vida Diárias

CEEER – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

CIF – Classificação Internacional da Funcionalidade

DGS – Direção Geral da Saúde

DRE – Direção Regional Electrónico

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

ICIDH – Classificação Internacional de Deficiências incapacidades e Desvantagens

INR – Instituto Nacional de Reabilitação

MIF – Medida de Independência Funcional

N.º – número

P – página

PNS – Plano Nacional de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

RESUMO

Como Enfermeira de Reabilitação deparamo-nos muitas vezes com o obstáculo provocado, tanto pelas barreiras arquitetónicas como pelas barreiras sociais no processo de integração das pessoas com mobilidade condicionada. É nosso propósito compreender as dificuldades a que essas pessoas estão sujeitas quando necessitam de aceder a um Serviço Público.

O **objetivo** central do trabalho é avaliar as acessibilidades do Serviço Público de um Município.

A **metodologia** enquadra-se no paradigma quantitativo sendo de natureza descritivo e transversal.

O **instrumento de colheita de dados** foi o preenchimento de uma grelha de observação das acessibilidades com base na legislação em vigor para Edifícios Públicos.

Dos **resultados obtidos**, verificamos que nos edifícios objeto de estudo, 48% deles não se encontram a cumprir a legislação prevista para a acessibilidade na entrada ou saída.

Já nos átrios interiores em todos os edifícios, constatou-se espaço de grande mobilidade sendo possível aí permanecer e dar uma volta de 360º.

Em 76% dos casos há facilidade de acesso aos balcões de atendimento, embora 52% deles apresentem medidas que não discriminem as pessoas com mobilidade condicionada. Em 64% dos edifícios as casas de banho não estão de acordo com a legislação.

Também, identificamos carência de barras de apoio ou corrimões em alguns edifícios.

Conclui-se que na maioria dos Edifícios Públicos não estão a ser aplicados os requisitos previstos na Lei, situações que condicionam o acesso por parte de pessoas com mobilidade condicionada aos Serviços Públicos, mas também, um grande interesse por parte deste Município em ter um diagnóstico preciso para tornar edifícios acessíveis.

PALAVRAS CHAVES: Barreiras Arquitetónicas, Pessoas com mobilidade condicionada, Idosos, Pessoas com Deficiência, Inclusão, Cidades Saudáveis, Ambientes Acessíveis, Enfermagem

ABSTRACT

As a rehabilitation nurse, we often encounter architectural and social barriers in the process of integrating people with reduced mobility

It is our purpose to understand the difficulties faced by people with reduced mobility when they need to use a public service.

Particularly in this research work, the main objective is to study the public service accessibility of a Municipality.

The methodology of this study falls within the quantitative paradigm, being descriptive and transversal.

The selected data **collection instrument** was the on-site completion of an Accessibility Assessment grid. The assessment is based on the legislation in force for Public Buildings.

From the **obtained results**, we verify that 48% of the buildings do not comply with legislation for accessibility at the entrance or exit of the Public Buildings.

We can conclude that people with reduced mobility can mobilize themselves in the reception of buildings and it is possible to be and make a 360°.

It is possible to reach them in 76% of cases, although only 52% of them present measures that do not discriminate against people with reduced mobility.

In 64% of the buildings, the toilets are not planned according to the needs of the person with reduced mobility. It should also be noted that there are no handrails that could facilitate mobility.

In conclusion, the findings announce that there are some irregularities, situations that condition access to public buildings by people with reduced mobility, but also a great interest on the part of this municipality to have a precise diagnosis to make public buildings accessible.

KEYWORDS: Architectural Barriers, Person with reduced mobility, elderly, People with Disabilities, Inclusion, Healthy Cities; Nursing

ÍNDICE

Pág.

INTRODUÇÃO	19
1. O DIREITO DA PESSOA COM MOBILIDADE CONDICIONADA	23
1.1 A pessoa com mobilidade Condicionada	23
1.2 A pessoa idosa e o envelhecimento ativo	26
1.3 A pessoa com deficiência e a evolução do conceito da deficiência.....	29
1.4 Tipos de Deficiência, Classificação Internacional da Funcionalidade	31
1.5 Os direitos da pessoa com mobilidade condicionada	35
2. CIDADES/AMBIENTES ACESSÍVEIS	41
2.1 A problemática das Acessibilidades: Barreiras Arquitetónicas.....	43
2.2 Inclusão Social	48
2.3 Cidades Acessíveis	51
3. O ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO COMO PROMOTOR DA ACESSIBILIDADE	57
3.1 Contributos/ Atividades de enfermagem de Reabilitação que influenciam intervenção na comunidade	67
4. TRABALHO DE CAMPO	71
4.1 Universo/ Amostra	73
4.2 Variáveis em Estudo e a sua operacionalização	76
4.3 Instrumento de Colheita de Dados.....	77
4.4 Procedimento de Colheita de Dados	78
5. UMA FOTOGRAFIA DO EDIFÍCIO PÚBLICO	79
5.1 Descrição da Amostra.....	79
5.2 Análise de Dados da Observação.....	94
5.2.1 Condições de Acesso	94
5.2.2 Condições gerais do WC	110
6. DA REALIDADE ÀS NECESSIDADES DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA PARA PRESPECTIVAR A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO	123

CONCLUSÃO	129
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	131
ANEXOS	139

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – DIMENSÃO DE UMA CADEIRA DE RODAS	24
FIGURA 2 – ROTAÇÃO E GIRO DE UMA CADEIRA DE RODAS	24
FIGURA 3 – ESQUEMA SÍNTESE DE PESSOAS COM MOBILIDADE REDUZIDA/ CONDICIONADA	26
FIGURA 4 – POLÍTICAS SAUDÁVEIS	41
FIGURA 5 – PLANO NACIONAL DE SAÚDE E OS 4 EIXOS ESTRATÉGICOS	42
FIGURA 6 – EXEMPLO CORRETO DE UMA RAMPA	45
FIGURA 7 – EXEMPLO DE ESCADA ACESSÍVEL.....	46
FIGURA 8 – ÁREA DE APROXIMAÇÃO PARA ABERTURA DE PORTAS	47
FIGURA 9– EXEMPLO DE UM BALCÃO DE ATENDIMENTO	47
FIGURA 10 –APROXIMAÇÃO FRONTAL AO LAVATÓRIO E ESPELHO	48
FIGURA 11 – CARACTERÍSTICAS DAS CIDADES AMIGÁVEIS DO IDOSO	54
FIGURA 12 – CICLO DE REABILITAÇÃO.....	61
FIGURA 14 – BIBLIOTECA MUNICIPAL CAMILO CASTELO BRANCO.....	79
FIGURA 15 – BIBLIOTECA MUNICIPAL CAMILO CASTELO BRANCO	79
FIGURA 16 – BIBLIOTECA MUNICIPAL – POLO DE JOANE	80
FIGURA 17 – BIBLIOTECA MUNICIPAL – POLO DE JOANE	80
FIGURA 18 – A BIBLIOTECA MUNICIPAL – POLO DE LOUSADO.....	81
FIGURA 19 – A BIBLIOTECA MUNICIPAL – POLO DE LOUSADO.....	81
FIGURA 20 – BIBLIOTECA MUNICIPAL – POLO DE POUSADA.....	81
DE SARAMAGOS.....	81
FIGURA 21 – BIBLIOTECA MUNICIPAL – POLO DE POUSADA DE SARAMAGOS	81
FIGURA 22 – BIBLIOTECA MUNICIPAL – POLO DE RIBA DE AVE	82
FIGURA 23 – BIBLIOTECA MUNICIPAL – POLO DE RIBA DE AVE	82
FIGURA 24 – BIBLIOTECA MUNICIPAL – POLO DE RIBEIRÃO.....	83
FIGURA 25 – BIBLIOTECA MUNICIPAL - POLO DE RIBEIRÃO	83
FIGURA 26 – CASA DA JUVENTUDE.....	83
FIGURA 27 – CASA DA JUVENTUDE.....	83
FIGURA 28 – CENTRO COORDENADOR DE TRANSPORTES (ANTAS)	84
FIGURA 29 – POSTO DE TURISMO	85
FIGURA 30 – POSTO DE TURISMO	85
FIGURA 31 – POLÍCIA MUNICIPAL.....	85
FIGURA 32 – POLÍCIA MUNICIPAL.....	85
FIGURA 33 – CASA DO TERRITÓRIO	86
FIGURA 34 – CASA DO TERRITÓRIO	86
FIGURA 35 – APOIO ÀS HORTAS DO PARQUE DA DEVESA.....	87
FIGURA 36 – APOIO ÀS HORTAS DO PARQUE DA DEVESA.....	87
FIGURA 37 – GABINETE MUNICIPAL DE ARQUEOLOGIA – PARQUE DA DEVESA	87
FIGURA 38 – SERVIÇOS EDUCATIVOS – PARQUE DA DEVESA (ANTAS).....	88
FIGURA 39 – SERVIÇOS EDUCATIVOS – PARQUE DA DEVESA (ANTAS).....	88
FIGURA 40 – DEPARTAMENTO DE OBRAS MUNICIPAIS.....	88
FIGURA 41 – DEPARTAMENTO DE OBRAS MUNICIPAIS.....	88

FIGURA 42 – DEPARTAMENTO DE AMBIENTE	89
FIGURA 43 – DEPARTAMENTO DE AMBIENTE	89
FIGURA 44 – EDIFÍCIO ETAR –OFICINAS GERAIS	90
FIGURA 45 – EDIFÍCIO ETAR –OFICINAS GERAIS	90
FIGURA 46 – EDIFÍCIO MADE IN	90
FIGURA 47 – EDIFÍCIO MADE IN	90
FIGURA 48 – PAÇOS DO CONCELHO	91
FIGURA 49 – PAÇOS DO CONCELHO	91
FIGURA 50 – PAÇOS DO CONCELHO - GAP	91
FIGURA 51 – PAÇOS DO CONCELHO – GAP	91
FIGURA 52 – LOJA DO CIDADÃO ENTRADA	92
FIGURA 53 – LOJA DO CIDADÃO	92
FIGURA 54 – EDIFÍCIO AÇÃO SOCIAL, EDUCAÇÃO, FORMAÇÃO, FAMÍLIA E MOBILIDADE - ENTRADA	92
FIGURA 55 – EDIFÍCIO AÇÃO SOCIAL, EDUCAÇÃO, FORMAÇÃO, FAMÍLIA E MOBILIDADE	92
FIGURA 56 – COMPETÊNCIAS DO EEER E O CONTRIBUTO PARA AMBIENTES INCLUSIVOS.....	127
FIGURA 57 – SÍNTESE DA FUNÇÃO DO EEER NA ABOLIÇÃO DE BARREIRAS ARQUITECTÓNICAS E MELHORAR A QUALIDADE DE VIDA DOS CIDADÃOS.....	128

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 – VISÃO GERAL DA CIF	32
QUADRO 2 – NÍVEL DE FUNCIONALIDADE PARA CADA ITEM DA ESCALA MIF	34
QUADRO 3 – DEFICIÊNCIAS MOTORAS	35
QUADRO 4 – NÚMERO DE PESSOAS COM DIFICULDADES EM PORTUGAL	73
QUADRO 5 – NÚMERO DE PESSOAS COM MOBILIDADE CONDICIONADA EM PORTUGAL.....	74
QUADRO 6 – OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS	76
QUADRO 7 – DISTRIBUIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DOS ÁTRIOS	94
QUADRO 8 – BALCÕES E GUICHÉS DE ATENDIMENTO	96
QUADRO 9 – ZONA DE PERMANÊNCIA	98
QUADRO 10 – PATAMARES, GALERIAS, CORREDORES	101
QUADRO 11 – RAMPAS	103
QUADRO 12 – ESCADARIAS.....	105
QUADRO 13 – ELEVADORES.....	107
QUADRO 14 – PLATAFORMAS ELEVATÓRIAS.....	108
QUADRO 16 – CONDIÇÕES GERAIS DO WC.....	110
QUADRO 17 – ACESSO ÀS INSTALAÇÕES SANITÁRIAS	111
QUADRO 18 – LAVATÓRIOS ACESSÍVEIS	112
QUADRO 19 – ESPELHOS COLOCADOS SOBRE LAVATÓRIOS	113
QUADRO 20 – CONTROLOS E MECANISMOS OPERÁVEIS	114
QUADRO 21 – SANITAS ACESSÍVEIS	116
QUADRO 22 – BARRAS DE APOIO INSTALADAS	118
QUADRO 23 – URINÓIS ACESSÍVEIS	119
QUADRO 24 – EQUIPAMENTO DE ALARME	120

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DOS ÁTRIOS.....	95
GRÁFICO 2 - BALCÕES E GUICHÉS DE ATENDIMENTO	97
GRÁFICO 3 - ZONA DE PERMANÊNCIA	99
GRÁFICO 4 – PATAMARES, GALERIAS E CORREDORES.....	102
GRÁFICO 5 - RAMPAS.....	103
GRÁFICO 6 - ESCADARIAS.....	105
GRÁFICO 7 - ELEVADORES.....	107
GRÁFICO 8 – PLATAFORMAS ELEVATÓRIAS	109
GRÁFICO 9 – CONDIÇÕES GERAIS DO WC.....	111
GRÁFICO 10 - LAVATÓRIOS ACESSÍVEIS	113
GRÁFICO 11 – ESPELHOS COLOCADOS SOBRE LAVATÓRIOS ACESSÍVEIS	114
GRÁFICO 12 – CONTROLOS E MECANISMOS OPERÁVEIS	115
GRÁFICO 13 – SANITAS ACESSÍVEIS	117
GRÁFICO 14 – BARRAS DE APOIO INSTALADAS	118
GRÁFICO 15 – URINÓIS ACESSÍVEIS	120
GRÁFICO 16 – EQUIPAMENTO DE ALARME DAS INSTALAÇÕES SANITÁRIAS ACESSÍVEIS.....	121

INTRODUÇÃO

Todo o ser humano independentemente da sua condição física tem iguais direitos à mesma empregabilidade e possibilidade de viver de forma autónoma, segura e acessível, não se espera que seja a própria sociedade a discriminar.

Este estudo pretende constatar a realidade das acessibilidades dos Edifícios Públicos num Município. Está integrado no Projeto “+ Saúde Famalicão” que decorre da parceria entre a Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e a Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão (ESEP, 2018).

O Projeto “+ Saúde Famalicão” tem como finalidade *“descrever ambientes que suportem a saúde, bem-estar e segurança dos idosos com mais de 65 anos, adultos e adolescentes”* e *“Identificar fatores determinantes que sustentem uma política para mudança de comportamento no sentido de um envelhecimento saudável e interventivo”* (ESEP, 2018).

Serão desenvolvidas atividades subordinadas ao tema “Famalicão sem Barreiras” que pretende sensibilizar a população para alterações de conceitos e comportamentos que garantam a existência a essas condições. Ao abolirmos barreiras arquitetónicas estamos a permitir a autonomia das pessoas, e consequentemente mante-las ativas e com melhor qualidade de vida (ESEP, 2018).

Com este estudo pretende-se avaliar a aplicação da legislação em vigor para as acessibilidades nos Edifícios Públicos e identificar as necessidades com que se deparam as pessoas com mobilidade condicionada/reduzida para que encontrem soluções de forma a melhorar a sua autonomia e qualidade de vida.

É, também, uma reflexão estruturada sobre a pertinência do papel do Enfermeiro de Reabilitação no ambiente não hospitalar. Pretende-se ganhar um olhar crítico no que se refere às barreiras arquitetónicas, para detetar situações restritivas e ajudar na resolução dessas situações.

Quando nos integramos num trabalho com pessoas com deficiência é fundamental criar um distanciamento que nos permite avaliar e perceber como os ambientes físicos e sociais impõem limitações a certos grupos de pessoas (Hughes, 2014).

Entende-se por pessoa com mobilidade condicionada o indivíduo *“em cadeiras de rodas, pessoas incapazes de andar ou que não conseguem percorrer grandes distâncias, pessoas com dificuldades sensoriais, tais como, pessoas cegas ou surdas, e ainda aquelas que, em virtude do seu percurso de vida se apresentam transitoriamente condicionadas, como as grávidas, as crianças e os idosos”* (Decreto-Lei n.º 163/2006, p. 5670).

A mobilidade reduzida/condicionada não é restrição apenas das pessoas idosas e das pessoas com deficiência, pelo que importa ressaltar, que em qualquer momento da nossa vida qualquer pessoa pode vivenciar um período transitório de mobilidade condicionada/reduzida.

Sabemos que um dos problemas à inclusão de pessoas com mobilidade reduzida condicionada são as barreiras arquitetónicas que produzem incapacidade, restringindo a participação e limitando atividades em indivíduos (Fontes, 2014). É importante que as comunidades estejam despertas para estas situações e se consigam adaptar os ambientes às necessidades das pessoas com mobilidade reduzida de forma a termos sociedades inclusivas saudáveis.

Pois, atualmente existem Edifícios Públicos, ruas, escolas, não preparadas para receber pessoas, alunos, funcionários com mobilidade condicionada/reduzida. Deparamo-nos com passeios sem depressões obrigatórias, edifícios desprovidos de elevadores ou plataformas, portas de entrada com medidas discriminatórias que não permitem entrada e saída de pessoas em cadeira de rodas.

São vários os exemplos que nos fazem refletir sobre a importância deste tema, de como os seres humanos deveriam ter todos as mesmas condições e os direitos que estão previstos na lei, mas que na realidade não se verificam, pois ainda vivemos numa sociedade pouco inclusiva com ambientes não amigáveis.

Hoje, os políticos e os cidadãos não se devem esquecer que a sociedade inclusiva é aquela na qual todas as pessoas portadoras de deficiência têm as suas necessidades especiais atendidas (Maciel, 2000), para garantir os direitos consagrados pela constituição portuguesa.

Do Enfermeiro de Reabilitação espera-se que seja um elemento facilitador na integração e reinserção na vida ativa dos cidadãos idosos/ e pessoas com deficiência. Muitas vezes, estas pessoas e as suas famílias não têm condições ou conhecimentos para lutar e abolir as barreiras no ambiente próximo. Verifica-se, assim, uma profunda ligação do enfermeiro com as realidades familiares, ambientais, sociais, laborais dos indivíduos com os quais pretendemos trabalhar.

A intervenção de enfermagem assenta em modelos que justificam a profissão, no exercício da autonomia do seu trabalho num ambiente de equipa multidisciplinar. Pelo que se salienta o pensamento de Roy, que considera a enfermagem como uma profissão que promove a saúde da pessoa otimizando as respostas adaptativas. As intervenções de enfermagem tendem a ser respostas adaptativas em caso de saúde ou doença (George, 2000).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação utiliza técnicas de reabilitação e pode intervir na prevenção, educação e orientação dos clientes para garantir a sua satisfação e qualidade de vida (OE, 2010).

Para a organização do estudo, questionamo-nos: Como se encontra a implementação da legislação em vigor sobre barreiras arquitetónicas face à necessidade de uma cidade saudável?

O presente trabalho estruturou-se em 6 grandes capítulos, o primeiro capítulo recai sobre a definição de pessoa com mobilidade condicionada, compreensão dos seus direitos; o segundo é sobre as sociedades inclusivas e cidades/ ambientes acessíveis; o terceiro incide na função do Enfermeiro de Reabilitação como promotor da acessibilidade; o quarto foca-se no trabalho de campo, na abordagem da amostra e instrumento escolhido na colheita de dados; no quinto realiza-se uma breve descrição da amostra e no sexto capítulo discute-se os dados obtidos.

O desenho metodológico deste estudo enquadra-se no paradigma quantitativo sendo de natureza descritivo e transversal. O instrumento de colheita de dados escolhido foi o preenchimento de uma grelha de Avaliação das Acessibilidades, realizada, com base na legislação em vigor para Edifícios Públicos e o seu preenchimento foi realizado *in loco*.

A pesquisa bibliográfica fez-se de análise de livros e de dissertações de mestrados e doutoramentos, bem como em consulta de artigos disponíveis nas bases de dados EBSCO e SCIELO.

1. O DIREITO DA PESSOA COM MOBILIDADE CONDICIONADA

Neste primeiro capítulo, iremos explorar o conceito da mobilidade condicionada. Abordaremos o conceito de pessoa idosa e faremos referência ao envelhecimento ativo. Irá, também, ser feita alusão ao conceito da pessoa com deficiência, e da sua evolução conceptual. Os direitos da pessoa com deficiência serão também foco da nossa atenção neste capítulo.

1.1 A pessoa com mobilidade Condicionada

De acordo com Instituto Nacional de Reabilitação (INR) (2009) e o Secretariado Nacional de Reabilitação, pessoas com mobilidade condicionada são todas as que têm a sua capacidade de movimento afetada por razões de doença, acidente ou idade.

Como foi referido anteriormente, as pessoas com mobilidade condicionada são *“pessoas em cadeiras de rodas, pessoas incapazes de andar ou que não conseguem percorrer grandes distâncias, pessoas com dificuldades sensoriais, tais como pessoas cegas ou surdas, e ainda aquelas que, em virtude do seu percurso de vida se apresentam transitoriamente condicionadas, como as grávidas, as crianças e os idosos”* (Decreto-Lei n.º 163/2006, p 5670).

Como é mencionado no Decreto-lei anterior os idosos fazem parte do grupo de pessoas com mobilidade reduzida, pelo que é importante compreender que **o envelhecimento** é o resultado da deterioração molecular e celular. Leva a uma perda gradual das capacidades fisiológicas, e um aumento de doenças que levam a um enfraquecimento das suas capacidades gerais (Rodrigues, 2014).

De acordo com o guia de acessibilidade (2013), a pessoa idosa com uso de Bengala tem uma ocupação espacial de 0,75 m e a pessoa idosa com uso de andador ocupa em média 0,85 a 0,9 m.

As pessoas com mobilidade condicionada abrangem também a **pessoa com deficiência** que “é toda aquela que por motivo de perda ou anomalia, congênita ou adquirida, de funções psicológicas, intelectuais, fisiológicas, anatômicas ou de estruturas do corpo, apresentem dificuldades específicas suscetíveis de em conjugação com os fatores do meio, estar limitada ou dificultada nas atividades e na participação em condições de igualdade com as demais pessoas” (Victor e Hostmaelingen 2017, p. 68).

De acordo com o guia de acessibilidade (2013), uma pessoa em cadeira de rodas ocupa 0,55 a 0,7 m e uma pessoa com canadianas necessita de 0,95 a 1,2 m.

Por ser relevante para a compreensão de alguns parâmetros de avaliação do estudo seguem as medidas de uma cadeira de rodas (figura 1) e do espaço necessário para girar ou rodar (figura 2).

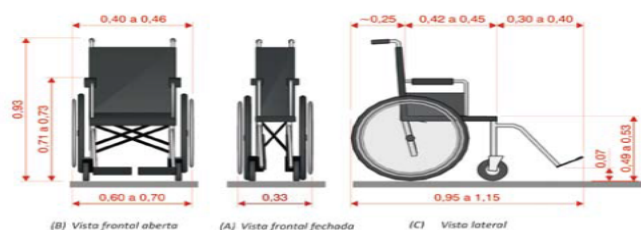


FIGURA 1 – Dimensão de uma cadeira de rodas

Fonte: Adaptado do Guia de Acessibilidade: Espaço Público e Edificações (2008)

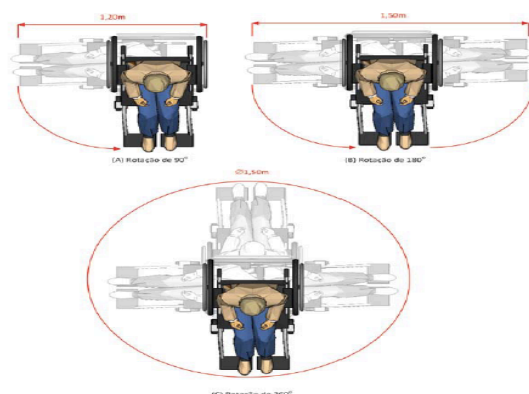


FIGURA 2 – Rotação e Giro de uma cadeira de rodas

Fonte: Adaptado do Guia de Acessibilidade: Espaço Público e Edificações (2008)

Outro grupo de pessoas consideradas com mobilidade condicionada são os **invisuais**. A cegueira é entendida como prejuízo da aptidão a níveis incapacitantes para a realização de atividades do dia-a-dia (Conde, 2002; Maia, et al., 2008). De acordo com o Guia de acessibilidade (2013), a pessoa com deficiência visual com cão-guia, tem ocupação espacial

de 0,9 m.

A pessoa obesa e a mulher grávida, também, fazem parte do grupo de pessoas com mobilidade condicionada.

A **pessoa obesa** apresenta excesso de gordura acumulada, situação que afeta a sua saúde (Programa Nacional de Combate à obesidade, 2004). *“A pessoa obesa enfrenta problemas fisiológicos e psicológicos que limitam e dificultam a acessibilidade na via pública e aos serviços e equipamentos”* (Menin et al. 2011; Pereira, 2018, p. 29). De acordo com o guia de acessibilidade (2013), a sua ocupação espacial é de 0,80 m.

Na **mulher grávida** ocorrem mudanças mecânicas do esqueleto devido ao aumento da ação hormonal (Marnach et al., 2003; Mann, 2010). Há um reajuste no sistema postural da gestante e o aumento da cavidade abdominal levando a um aumento do peso que contribuem para a alteração do ponto gravitacional da mulher, *“podendo acentuar a lordose lombar e promover uma anteversão pélvica e mudança na base de apoio”* (Calderon e Rudge, 2003; Mann, 2010, p. 131). Uma grávida, de acordo com o guia de acessibilidade (2013), pode apresentar uma ocupação espacial de 0,75 m e uma pessoa com carrinho de bebê ocupa 0,75 m.

Em modo de síntese, apresenta-se a figura 3 seguinte, que engloba os grupos de pessoas consideradas com mobilidade condicionada.

Grávida

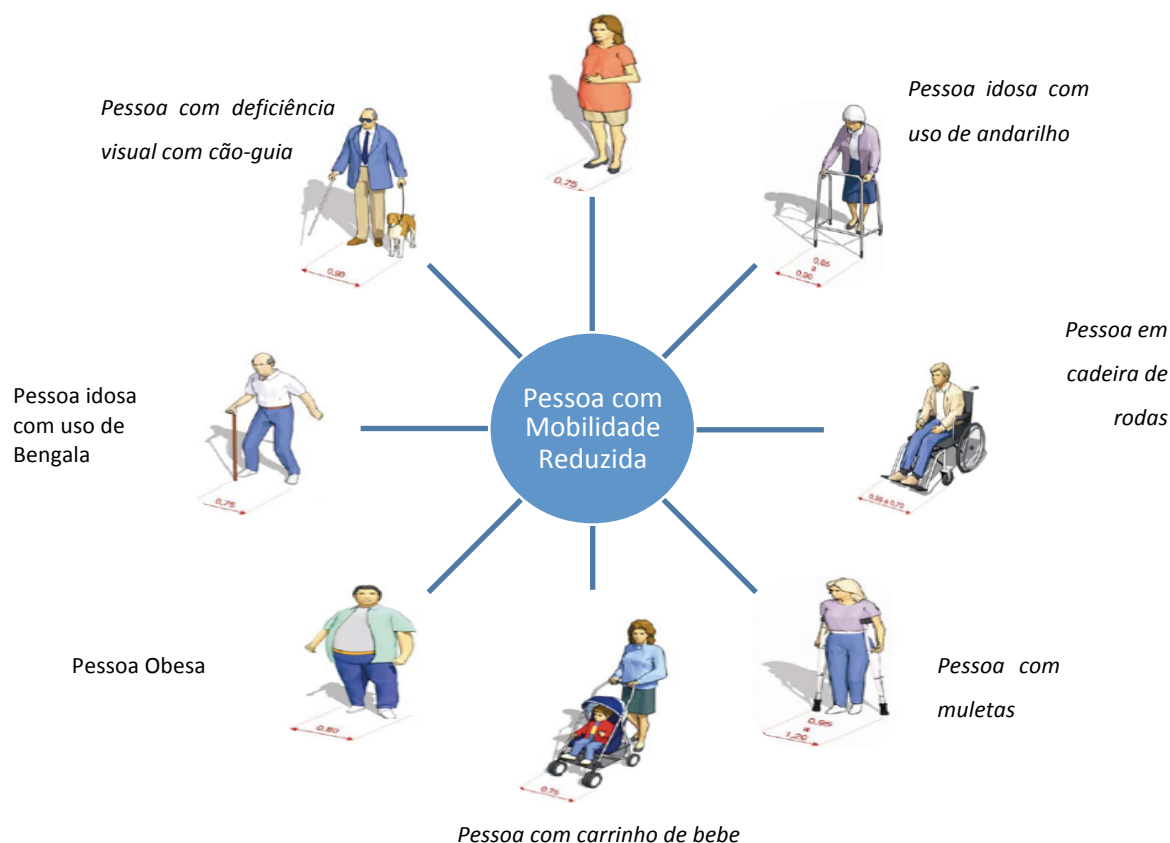


FIGURA 3 – Esquema síntese de pessoas com mobilidade reduzida/ condicionada
 Fonte: Adaptado do Guia de Acessibilidade: Espaço Público e Edificações (2008)

Neste Estudo daremos ênfase ao grupo de pessoas com deficiência (pessoas em cadeira de rodas e com uso de muletas), bem como aos idosos.

1.2A pessoa idosa e o envelhecimento ativo

De acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS) (2015), o número de pessoas idosas tem aumentado significativamente no mundo. Vários fatores têm apontado para a observação deste fenômeno, nomeadamente os progressos médicos e a melhoria das condições de vida. Urge manter estas pessoas saudáveis dando-lhes não só mais tempo, mas também, qualidade ao seu tempo.

O envelhecimento individual é um processo condicionado por fatores biológicos, sociais, económicos, culturais, ambientais e históricos e é definido como o processo progressivo de

mudança durante o ciclo de vida (OMS, 2015).

Os comportamentos adotados ao longo da vida influenciam a nossa saúde e a forma como envelhecemos. Viver mais anos nem sempre é significado de viver bem. O envelhecimento, o aparecimento de doenças, o declínio funcional, a perda de autonomia, o isolamento, pode trazer sofrimento para os idosos e para os seus cuidadores/ famílias (Pascoal, 2000).

Afaf Meleis et al. (2000), refere que a passagem para a terceira idade é uma das transições no desenvolvimento, e como tal, exige uma adaptação ao novo estado de saúde pelas alterações que surgem com o envelhecimento.

Meleis et al. (2000), defende na sua teoria, que as transições podem ter condicionantes facilitadores ou inibidores, podendo estas, ser de cariz pessoal e interpessoal. Para que ocorra uma transição saudável é necessário que existam condições pessoais e ambientes facilitadores.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 aponta como principais riscos de saúde na pessoa idosa: o desenvolvimento de doença oncológica, cardiovascular e osteoarticular, as patologias do foro mental, as alterações de memória, as quedas e as suas sequelas, a incontinência urinária, a má nutrição e as alterações da acuidade visual e auditiva.

O PNS de 2012-2016 (2013), refere que ao longo do ciclo da vida há perdas cumulativas que determinam a incapacidade.

O mundo está a envelhecer rapidamente, em 2015 a percentagem de pessoas com 60 anos era de 22% (OMS, 2013). Estima-se que até ao final do século, as pessoas que moram nos países desenvolvidos e em regiões em desenvolvimento poderão viver, em média 89 anos e 81 anos (ONU, 2013).

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU) (2013), supõem-se que em 2030 cerca de três em cada cinco pessoas no mundo habitarão em cidades. *“Em 80% dos casos, a proporção de residentes idosos chega a ser semelhante à de moradores de faixa etárias mais jovens (...) Nos países em desenvolvimento, entretanto a proporção de idosos em comunidades urbanas, aumentará 16 vezes”* (ONU, 2013, p. 9).

Associado a esta ideia é de referir que *“a esperança média de vida à nascença em Portugal Continental, no triénio 2008/2010 atingiu 79,38 anos, vivendo as mulheres em média, mais 6 anos do que os homens. (...)”* (PNS, 2013, p. 31). Contudo, em 2010 para os homens a

média, foi de 59,3 anos sem limitações na sua atividade e para as mulheres a esperança média de vida sem incapacidade foi de 56,6 anos (PNS, 2013).

Por tal realidade, a Direção Geral da Saúde (DGS) (2014), revela-se importante encarar o envelhecimento de forma preventiva e promotora da saúde e autonomia garantindo que o ambiente seja amigável.

A OMS (2002) define como envelhecimento ativo o processo para promover a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida dos idosos. Defende a participação contínua na vida social, económica, cultural, espiritual e cívica. Razão para os enfermeiros de reabilitação intervirem nesta área.

A Direção Geral da Saúde 2016 defende que o envelhecimento ativo implica uma atuação multidisciplinar e interdisciplinar para melhorar o leque de informação divulgado ao idoso para a promoção da sua saúde.

O envelhecimento ativo deve promover os princípios da autonomia, participação ativa, autorrealização e dignidade da pessoa idosa (PNS 2015 com revisão e extensão a 2020).

O “envelhecimento saudável” refere-se à manutenção da capacidade funcional, que contribui para o bem-estar das pessoas idosas. Para o sucesso de um envelhecimento saudável é necessário reunir hábitos de vida saudável, suporte, e oportunidades garantidas pela sociedade (OMS, 2015).

Nas etapas do Ciclo de Vida prevê-se, nascer com saúde, crescer em segurança, procurar na juventude um futuro saudável, ter uma vida adulta produtiva, gozar de um envelhecimento ativo e morrer com dignidade (PNS, 2013).

Um dos objetivos do PNS é “Promover Contextos Favoráveis à Saúde ao longo do Ciclo de Vida”, que *“implica a promoção, proteção e manutenção da saúde, a prevenção, tratamento e reabilitação da doença, permitindo uma visão integrada das necessidades e oportunidades”* (WHO, 2002; PNS, 2013, p. 27).

Entre os 28 países da União Europeia, Portugal situa-se em 16º lugar no indicador de “Envelhecimento Ativo Global” em 18º lugar no indicador “Capacidade para o Envelhecimento” e 21º no indicador “Participação Social” (Índice de Envelhecimento Ativo da United Nations Economic Commission for Europe, 2016).

Ainda há um caminho a percorrer para melhorar os indicadores acima referidos, pelo que

se torna imprescindível a realização de trabalhos neste âmbito.

Assim, uma das razões pelas quais este trabalho se realiza é para que se possa refletir e melhorar a autonomia, saúde e qualidade de vida das pessoas com mobilidade condicionada do qual a pessoa idosa faz parte. Para que se possa melhorar os acessos e se promovam políticas saudáveis nas nossas cidades e desta forma melhorarmos a qualidade de vida destas pessoas.

Relembramos que os enfermeiros de reabilitação possuem um papel fulcral no envelhecimento ativo, uma vez que, *“possuem um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência”* (OE, 2010, p. 1).

1.3 A pessoa com deficiência e a evolução do conceito da deficiência

Se remontarmos a séculos anteriores, verificamos que se faz referência ao deficiente como sendo o cego, o manco, o leproso (Sampaio e Sampaio 2009; Araújo, 2015).

Já na Idade Média, as incapacidades físicas passam a ser encaradas de forma dicotômica, o cristianismo cuidava para que os anormais fossem dignos de piedade e compaixão, contudo viviam separados da sociedade (Araújo, 2015).

O modelo biomédico encara incapacidade como um atributo da pessoa, diretamente causada por doença, trauma ou por outra condição de saúde e requer tratamento médico, ou uma intervenção para “corrigir” uma estrutura do corpo (OMS 2002; Simonelli, 2010).

No final da Idade Média, surge o Renascimento e com ele o pensamento humanista, por esse motivo a deficiência começa a ser vista com possibilidade de tratamento e integração social (Anjos, 2015, Araújo, 2015). Nesse período inicia-se o processo de institucionalização da pessoa com deficiência (Galvão, 2009; Araújo, 2015).

Em oposição às abordagens biomédicas, encontra-se o modelo social da incapacidade, surge uma corrente política-teórica iniciada na década de 1960 (Oliver, 1990; Simonelli,

2010). A ideia fundamental deste modelo é que a incapacidade não deve ser entendida como um problema individual, mas sim uma questão iminente social.

O modelo social de incapacidade engloba a inclusão (Maior, 2017) compreende a incapacidade como uma experiência resultante da interação entre características corporais do indivíduo e as condições da sociedade em que ele vive, ou seja, é o resultado da combinação de limitações do corpo com uma organização social pouco sensível à diversidade corporal (Oliver, 1990; Simonelli, 2010).

O modelo social de incapacidade compreende a incapacidade como um problema socialmente criado e não totalmente como um atributo de um indivíduo, este modelo exige uma resposta política, pois os problemas surgem por um ambiente pouco acessível, não inclusivo, conduzido por atitudes e outras características do ambiente social (OMS 2002; Simonelli, 2010).

A deficiência é um conceito que se encontra em evolução sendo este de carácter multidimensional, e é uma construção social, uma vez que, o envolvimento da pessoa com deficiência na vida comunitária depende da sociedade assumir a sua responsabilidade no processo de inclusão, ou seja, da existência de barreiras ou elementos facilitadores (Maior, 2017).

As pessoas com deficiência enfrentam comumente limitações no dia-a-dia. Esses obstáculos estão relacionados com problemas de acessibilidade, podendo ter impacto no desenvolvimento cognitivo, psicológico, social e na autonomia do cidadão (Wagner, et al, 2010).

De referir que, cerca de 15% da população mundial, vive com alguma forma de deficiência. O número de pessoas com deficiências está a aumentar devido ao envelhecimento da população mundial. Por isso, é urgente tomar medidas para proteger e promover os seus direitos (Victor e Hostmaelingen, 2017).

Atualmente para se garantir a dignidade da pessoa com deficiência, o combate à violação dos seus direitos, a autonomia e a todas as prerrogativas sociais empregasse o paradigma dos direitos humanos (Maior, 2017).

1.4 Tipos de Deficiência, Classificação Internacional da Funcionalidade

Depois de compreender o conceito de pessoa com deficiência, colocamo-nos agora no percurso do entendimento. Iremos abordar neste subcapítulo o conceito de funcionalidade e a Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF).

A classificação da funcionalidade tem evoluído, sendo agora compreendida como o funcionamento de todas as partes do corpo, “ (...) *atividades e participação, indicando os aspetos positivos ou facilitadores, da interação entre um indivíduo e os seus fatores contextuais* (...) *A incapacidade da conceptualização da ICF, não é considerada um atributo pessoal, mas o resultado de uma experiência*” (Fontes, 2014, p. 20). Isto porque, a incapacidade compreende “ (...) *as deficiências ou alterações das funções e estruturas, as limitações das atividades e as restrições da participação, ou a magnitude barreira dos fatores ambientais, revelando assim os aspetos negativos da interação entre o indivíduo e os seus fatores contextuais*” (Fontes, 2014, p. 20).

Desde 2001, a OMS adaptou a Classificação Internacional de funcionalidade, Incapacidade e Saúde, que engloba os domínios referentes ao corpo (estrutura e função) e aos aspetos contextuais.

A CIF é utilizada como referência para os profissionais selecionarem avaliações de carácter biopsicossocial. É uma classificação das potencialidades e análise ergonômica do trabalho como abordagem para a adaptação dos locais de trabalho. O modelo CIF considera que a incapacidade não é um atributo da pessoa, mas sim, um conjunto de condições que resulta da interação pessoa-meio (Simonelli, et al., 2010).

De acordo com OMS (2011), a principal diferença entre a Classificação Internacional de funcionalidade (CIF) e a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (ICIDH) é que a CIF enfatiza os fatores ambientais.

Estamos perante uma classificação com uma linguagem neutra e que não distingue entre tipo e a causa de deficiência. Na CIF, os problemas de funcionalidade humana são categorizados em três áreas interconectadas: alterações das estruturas e funções corporais; limitações como sendo as dificuldades para executar certas atividades; restrições à participação em certas atividades

A CIF organiza informação em duas partes e cada um em dois componentes: a funcionalidade e incapacidade e os fatores contextuais.

A **Funcionalidade e Incapacidade** engloba o componente corpo *“inclui duas classificações, uma para as funções e outra para as estruturas do corpo”* (CIF, 2003, p. 9) e o componente atividade e participação, *“cobre a faixa completa de domínios que indicam os aspetos da funcionalidade tanto na perspetiva individual como social”* (CIF, 2003, p. 9). A atividade e participação engloba os domínios da aprendizagem e aplicação dos conhecimentos, das tarefas e exigências gerais, comunicação, mobilidade, autocuidados, vida doméstica, interações e relacionamentos interpessoais, principais áreas da vida, vida comunitária, social e cívica.

Os **Fatores Contextuais** abrangem os componentes ambientais e fatores pessoais. Os fatores contextuais são uma lista de fatores ambientais, sendo que estes se dividem em dois níveis o Individual (no ambiente imediato ao indivíduo englobando espaços como o domicílio, local de trabalho e escola) e o Social (estruturas sociais formais e informais) (CIF, 2003). Os fatores ambientais interagem com os componentes das funções e estruturas do corpo e as Atividades e a participação.

A incapacidade é caracterizada pelo resultado da interação da saúde do indivíduo e os fatores pessoais com os fatores externos. A qualquer indivíduo pode-lhe ser atribuído uma série de códigos em cada nível podendo ser independente ou estar inter-relacionado. Os códigos são acompanhados de um qualificador (CIF, 2003). Para melhor compreensão, segue o quadro 1 com a visão geral da CIF.

Funcionalidade e Incapacidade			Fatores Contextuais	
Componentes	Funções e estruturas do corpo	Atividades e Participação	Fatores Ambientais	Fatores Pessoais
Domínios	Funções e estruturas do corpo	Áreas Vitais (tarefas, ações)	Influências externas sobre a funcionalidade e a incapacidade	Influências interna sobre a funcionalidade e a incapacidade
Constructos	Mudança nas funções do corpo (fisiológicas)	Capacidade Execução de tarefas num ambiente padrão	Impacto facilitador ou limitador das características do mundo físico, social e atitudinal	Impacto dos atributos de uma pessoa
	Mudança nas funções do corpo (anatômicas)	Desempenho/ Execução de tarefas no ambiente habitual		
Aspectos positivos	Integridade funcional e estrutural	Atividades Participação	Facilitadores	Não aplicável
Funcionalidade				
Aspectos negativos	Deficiência	Limitação da atividade Restrição da Participação	Barreiras	Não aplicável
Incapacidade				

QUADRO 1 – Visão Geral da CIF

Fonte: Classificação Internacional de Funcionalidade, incapacidade e Saúde (2003)

De acordo com as autoras Gomes e Martins (2016), a funcionalidade engloba todas as funções e estruturas do corpo e está interligada a uma atividade que pressupõe ação por parte da pessoa e permite-nos viver de forma independente.

A funcionalidade é a capacidade do indivíduo de se adaptar aos problemas todos os dias, apesar de possuir uma incapacidade física, mental e/ou social (Duarte 2007; Apostolo, 2012).

É, também, possível fazer uma avaliação da autonomia da pessoa através do Índice Lawton-Brody que avalia oito itens: utilizar o telefone, fazer compras, preparar comida, cuidar da casa, lavar a roupa, capacidade de usar meios de transporte, responsabilidade pela medicação e de tratar assuntos económicos. A capacidade é classificada em: grave perda de autonomia ou sem autonomia com zero (0); com um (1) quando necessita de alguma ajuda; com dois (2) quando é autónomo ou tem uma ligeira perda da autonomia. Com uma boa avaliação é possível estabelecer um diagnóstico e uma avaliação clínica adequada (Azevedo e Matos, 2003; Apóstolo, 2012).

Face a este instrumento de avaliação podemos perceber o quanto é importante o ambiente para que a pessoa idosa possa manter estas atividades.

A pessoa idosa pode ainda ser avaliada segundo do seu grau de dependência através do Índice de Barthel, que avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida diária: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. O instrumento de avaliação desta escala é feita de acordo com a pontuação de 10 quando é independente, 5 quando necessita de ajuda e 0 quando é incapaz (Mahoney e Barthel, 1965, Sequeira 2007, Apostolo, 2012).

Outra escala utilizada na avaliação clínica e funcional inicial é escala standartizada Medida de Independência Funcional (MIF).

A escala MIF é a classificação da pessoa para a capacidade desta em executar atividades independentes, necessidade de assistência e recurso de adaptação (Borges, 2006).

Através da Medida de Independência Funcional conseguimos obter um nível de dependência do paciente. A MIF aplica uma escala de 7 pontos para avaliar 18 itens em áreas de autocuidados (RICCI, et al, 2006).

As categorias avaliadas são os cuidados pessoais que abrangem a alimentação, autocuidado, tomar banho, vestir tronco superior, tronco inferior e higiene íntima; controle dos esfíncteres vesical e intestinal; mobilidade e transferência; locomoção, que engloba andar/ cadeiras de rodas e subir e descer escadas; comunicação avaliada a expressão e compreensão; e cognição social, abarcando nesta categoria a integração social, a capacidade de resolver problemas e a memória (RICCI, et al, 2006).

Esta escala avalia 18 tarefas pontuadas de 1 (dependência total) a 7 (independência total) pelo que o seu score total pode variar de 18 a 126 pontos (RICCI,et al, 2006). Para completar a escala descrita apresenta-se o quadro 2, que apresenta a pontuação, o nível e o equivalente em funcionalidade.

Nível	Equivalente em Funcionalidade
7	Independência completa: toda a tarefa que envolve uma atividade, é realizada de forma segura, sem modificações ou recursos auxiliares, dentro de um tempo razoável.
6	Independência modificada: capaz de realizar tarefas com recursos auxiliares, necessitando de mais tempo, porém realiza de forma segura e totalmente independente.
5	Supervisão: sujeito necessita somente supervisão ou comandos verbais ou modelos para realizar a tarefa sem a necessidade de contacto ou a ajuda é somente para preparo da tarefa quando necessário.
4	Mínima assistência: necessita uma mínima quantidade de assistência, um simples tocar, possibilitando a execução da atividade (realiza 75% do esforço necessário na tarefa).
3	Moderada assistência: necessita uma moderada quantidade de assistência, mais do que simplesmente tocar, (realiza 50% do esforço necessário para completar a tarefa, mas não necessita auxílio total.
2	Máxima assistência: utiliza menos que 50% do esforço necessário para completar a tarefa, mas não necessita auxílio total.
1	Total assistência: é necessária assistência total ou a tarefa não é realizada. Utiliza menos de 25% do esforço necessário para realizar a tarefa.

QUADRO 2 – Nível de Funcionalidade para cada item da escala MIF

Fonte: Borges, 2006

A vocação da MIF é dirigida para a reabilitação, uma vez que, na categoria dos cuidados pessoais é mais específico que no Índice de Barthel.

Deficiências diferentes exigem condições com soluções diferentes. Os tipos de deficiência motora correspondem às alterações biológicas e às suas necessidades para melhor elucidar a tipologia das deficiências, apresentamos o quadro 3.

Tipo	Definição
Paraplegia	Perda total das funções motoras dos membros inferiores
Paraparésia	Perda parcial das funções motoras dos membros inferiores
Monoplegia	Perda total das funções motoras de um só membro (inferior ou posterior)
Monoparesia	Perda parcial das funções motoras de um só membro (inferior ou posterior)
Tetraplegia	Perda total das funções motoras dos membros inferiores e superiores
Tetraparesia	Perda parcial das funções motoras dos membros inferiores e superiores
Triplegia	Perda total das funções motoras em três membros
Triparesia	Perda parcial das funções motoras em três membros
Hemiplegia	Perda total das funções motoras de um hemisfério do corpo (direito ou esquerdo)
Hemiparesia	Perda parcial das funções motoras de um hemisfério do corpo (direito ou esquerdo)
Amputação	Perda total ou parcial de um determinado membro ou segmento de membro
Paralisia cerebral	Lesão de uma ou mais áreas do sistema nervoso central, tendo como consequência alterações psicomotoras, podendo ou não causar deficiência mental
Ostomia	Intervenção cirúrgica que cria um ostoma (abertura, ostio) na parede abdominal, processo cirúrgico que visa à construção de um caminho alternativo e novo na eliminação de fezes e urina.

QUADRO 3 – Deficiências motoras

Fonte: A Inserção da pessoa portadora de deficiência e do beneficiário reabilitado no mercado de trabalho – 2001, p.15

Após a introdução à história do conceito de deficiência, da abordagem aos tipos de deficiência, e aos conceitos de capacidade e funcionalidade, eis que iremos delimitar o foco às pessoas com mobilidade condicionada/reduzida, ou seja neste trabalho as pessoas idosas e com deficiência física.

1.5 Os direitos da pessoa com mobilidade condicionada

Os Direitos Humanos são as faculdades, liberdades e reivindicações inerentes a cada pessoa unicamente com o fundamento da sua condição humana. Estes são inalienáveis, irrevogáveis, intransferíveis e irrenunciáveis. Sendo que, também, representam uma base moral e ética que a sociedade considera fundamental para proteger a dignidade das pessoas (Victor e Hostmaelingen, 2017).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos adaptada pelas Nações Unidas em 1948, reúne todos os direitos considerados básicos. A Declaração Universal defende que todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos e proíbe situações desumanas ou degradantes (Victor e Hostmaelingen, 2017).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos surge da necessidade: de terminar com o desprezo dos direitos do homem que levam a atos desumanos; de proteger os direitos do homem para que não haja revolta contra a tirania e opressão (DRE, 2018).

Também, encoraja o desenvolvimento de relações cordiais entre as nações, proclama que os povos membros das Nações Unidas defendam os direitos e liberdades fundamentais do homem na dignidade dos direitos iguais dos homens e mulheres (DRE, 2018).

A Assembleia Geral proclama a Declaração Universal dos Direitos do Homem como ideal comum a atingir por todos os estados membros. Sendo que os órgãos da sociedade e todos os indivíduos devem empenhar-se pelo ensino, pela educação, pelo respeito dos direitos e liberdades (DRE, 2018).

A Declaração Universal dos Direitos do Homem é composta por 30 artigos, entre os quais citaremos aqueles que consideramos pertinentes para o tema do nosso estudo.

Artigo 1º, *“Todos os seres nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade.”* (DRE, 2018, p.1). Em conformidade com este artigo devem ser asseguradas as mesmas oportunidades para manter todas as pessoas livres e autônomos, daí a importância de serem avaliados os acessos aos Edifícios Públicos.

Artigo 3º, *“Todo o indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal”* (DRE, 2018, p.3). Compreende-se que todo o indivíduo, seja qual for a sua idade e condição, têm direito às escolhas na sua vida, de forma livre e autônoma. Devem estar garantidas as oportunidades acesso no estudo, trabalho, segurança bem como acesso a Edifícios Públicos e Ação Social. No nosso estudo são estudadas as condições de acesso aos Edifícios Públicos, em condições preconizadas na lei que salvaguardam a mobilização e acessos em segurança.

Artigo 23º, *“Toda a pessoa tem direito ao trabalho à livre escolha dos trabalhos a condições equitativas e satisfatórias de trabalho e à proteção contra o desemprego”* (DRE, 2018, p. 4). As condições equitativas de acesso, segurança e conforto no local de trabalho têm de ser garantidas.

O artigo 27º diz que *“Toda a pessoa tem o direito de tomar parte livremente na vida cultural da comunidade, de fruir as artes e de participar no progresso científico e nos benefícios que deste resultam”* (DRE, 2018, p. 4). Depreende-se que, deve ser garantindo a mesma oportunidade no acesso a Edifícios Públicos, Sociais e Culturais. Pelo que se torna

importante verificar as condições de acesso a esses edifícios.

Passado décadas da elaboração da Declaração dos Direitos Humanos, ainda nos mantemos aquém do que é lá preconizado. Infelizmente não foram erradicados os conflitos entre nações, ainda assistimos ao limite da pobreza que leva à morte de tantos indivíduos, hoje em dia presenciamos atos atrozes contra aqueles que proclamam a liberdade de expressão; todavia não foram aniquiladas as injustiças entre sexos e raças; são vistas diariamente as discriminações também em pessoas com deficiência.

Embora, esteja prevista igualdade de direitos entre todos os seres humanos, verificam-se edifícios não adaptados a pessoas com mobilidade condicionada, acessibilidades inadequadas e preconceitos.

A convenção para os direitos das pessoas com deficiência surge para garantir o respeito pela dignidade, pela integridade, e liberdade individual das pessoas com deficiência reforça a proibição da discriminação destes cidadãos através de leis, políticas e programas que atendam especificamente às suas características. Promovem participação na sociedade. Foi, também, criada um comité dos direitos das pessoas com deficiência no âmbito das Nações Unidas (INR, 2014).

Em Portugal, existe a Constituição da República Portuguesa (2005, p. 3), no artigo 9º alínea d) refere que uma das tarefas fundamentais do Estado é *“Promover o bem-estar e a qualidade do povo e a igualdade real entre os portugueses, bem como a efetivação dos direitos económicos, sociais, culturais e ambientais, mediante a transformação e modernização das estruturas económicas e sociais”*.

O artigo 13º do mesmo documento prevê o princípio da igualdade na qual *“Todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei. Ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão da ascendência, sexo, raça, língua (...) condição social ou orientação sexual”*.

De acordo com o artigo 71º da Constituição Portuguesa (2005):

1 – Os cidadãos portadores de deficiência física ou mental têm o direito de gozar de todos os direitos consignados aos demais cidadãos e cumprir os deveres referidos na constituição sempre e quando seja possível mediante as suas incapacidades.

2 – O estado é obrigado a praticar uma política de tratamento, prevenção, reabilitação e integração dos cidadãos portadores de deficiência, bem como, apoio às suas famílias.

3- O estado deve apoiar as organizações de cidadãos portadores de deficiência e deve criar uma pedagogia sensibilizadora.

Segundo o Diário da República, a promoção da acessibilidade constitui um elemento fundamental na qualidade de vida das pessoas, sendo um meio imprescindível para o exercício dos direitos conferidos a qualquer membro de uma sociedade democrática. É, portanto, importante ter conhecimento e rever qual foi o conjunto de medidas previstas nas Normas Técnicas de Acessibilidade aprovadas pelo Decreto de Lei nº163/2006, de 8 de Agosto que visam à progressiva acessibilidade no espaço público e meio edificado, nos edifícios públicos, na habitação e nos locais de trabalho.

De acordo com o Instituto Nacional de Reabilitação, as cidades e os seus espaços não necessitam de ser hostis, embora isso aconteça por vezes. *“É possível desenhar e equipar sem barreiras e adequar a sua utilização para um número grande de pessoas com diferenças na sua mobilidade”* (INR, 2009, p. 7).

O tema das acessibilidades por parte das pessoas com deficiência têm sido alvo do interesse e atenção das entidades governamentais pelo que surge a Lei de Bases da Prevenção, Habitação, Reabilitação e Promoção das Pessoas com Deficiência (Lei n.º 38/2004, de 18 de Agosto) que prevê *“a promoção de uma sociedade para todos através da eliminação de barreiras e da adoção de medidas que visem a plena participação da pessoa com deficiência”* (DRE, 2018, p. 5232).

“Promover a acessibilidade dos edifícios e dos espaços públicos com ganhos de funcionalidade, é garantia de melhor qualidade de vida para todos os cidadãos. Garantindo autonomia, derrubam-se preconceitos e favorecem-se práticas inclusivas para todos mas principalmente para as pessoas com deficiência, incapacidade e dificuldades na autonomia” (INR, 2009, p. 7).

Com vista à regulamentação das acessibilidades urbanísticas e arquitetónicas nos Edifícios Públicos, Equipamentos Coletivos e Via Pública, foi aprovado o Decreto-Lei n.º 123/97, de 22 de Maio, que introduziu normas técnicas, para à eliminação de barreiras urbanísticas e arquitetónicas nos Edifícios, Equipamentos Coletivos e Via Pública (DRE, 2018).

O Decreto – Lei n.º 163/2006 de 8 de Agosto surge passados 8 anos após o Decreto-Lei

antecedente, abrange o regime da acessibilidade aos edifícios e estabelecimentos que recebem público, via pública e edifícios habitacionais, com intenção de proporcionar às pessoas com mobilidade condicionada condições iguais.

O Decreto-Lei, citado anteriormente, tende a corrigir imperfeições do antecedente melhorando os mecanismos fiscalizadores e aumentando a responsabilização e as sanções. As coimas revertem *“em parte para as entidades fiscalizadoras e outra parte para a entidade pública responsável pela execução das políticas de prevenção, habilitação, reabilitação e participação das pessoas com deficiência”* (DRE, 2018, p. 1).

Introduziu, também, os pedidos de licenciamento, autorização de loteamento, urbanização, construção, reconstrução ou alteração de edifícios devendo ser indeferidos parte da Câmara Municipal quando não respeitem as condições de acessibilidade exigíveis (DRE, 2018).

O Decreto-Lei n.º 163/2006 de Agosto, alterado pelo Decreto-Lei 163/2014, de 9 de Setembro, estipulou um prazo de 10 anos para a adaptação de instalações dos edifícios, estabelecimentos, equipamentos públicos e de utilização pública e via pública, com as normas técnicas de acessibilidade, que terminou a 8 de fevereiro de 2017 (DRE, 2018).

O Decreto-Lei n. 125/2017 surge para remodelar o regime da acessibilidade aos edifícios e estabelecimentos que recebem público, via pública e edifícios habitacionais (DRE, 2018).

Não obstante à legislação previamente referida com vista à promoção da igualdade de oportunidades, a realidade, revela que pessoas com deficiência estão, todavia longe de conseguir as mesmas oportunidades quer no acesso aos edifícios públicos, quer na empregabilidade, quer no acesso a programas culturais e no ambiente escolar.

É da responsabilidade do estado garantir e assegurar os direitos das pessoas com necessidades especiais. As pessoas com deficiência confrontam-se com barreiras ambientais, pois estas, são muitas vezes, impeditivas de uma participação cívica (DRE, 2006).

A maioria das grandes famílias possui um familiar portador de algum tipo de deficiência. Muitas pessoas não deficientes assumem a responsabilidade de cuidar de parentes ou amigos com alguma pessoa com deficiência (Mishra, 2006; OMS, 2011 p. 3).

Em síntese, embora a legislação em vigor seja ajustada às necessidades da situação das pessoas com mobilidade condicionada, continuam a identificar-se dificuldades na sua implementação.

No próximo Capítulo iremos abordar quais as barreiras arquitetónicas presentes no meio físico que impedem a participação das pessoas com mobilidade condicionada.

2. CIDADES/AMBIENTES ACESSÍVEIS

As cidades são locais onde todos temos o direito de viver livremente e em segurança, pelo que devem estar acessíveis a todos os cidadãos de forma equitativa.

No segundo capítulo, iremos refletir sobre a problemática das barreiras arquitetónicas, como se podem abolir e perceber o que são cidades acessíveis, sociedades inclusivas. Serão dados, alguns exemplos de cidades acessíveis.

De acordo com PNS (2015), para a criação de ambientes promotores de saúde há necessidade de envolver todos os setores, não só o da saúde, mas também, o da educação, segurança social, condições de vida, de trabalho e ambiente.

A figura 4 identifica de forma sistemática as áreas para se empregarem as políticas saudáveis.



FIGURA 4 – Políticas Saudáveis

Fonte: Health 2020 – A European policy framework and strategy for the 21st century. WHO, 2013, DGS, 2015, p. 18

Políticas Saudáveis são medidas legislativas, administrativas, de regulamentação ou normativas, elaboradas pelo governo e autarquias com o intuito de criar condições ambientais, socioeconómicas e culturais favoráveis à saúde individual e coletiva (WHO Declaração de Adelaide, 1988; PNS, 2013).

Recordemos que *“As Políticas de Saúde Pública devem (...) promover o acesso, a qualidade, a cidadania e a redução das desigualdades”* (PNS, 2013, p. 54). É ainda de lembrar que, o conceito de políticas Saudáveis *“(...) engloba a dupla perspetiva, políticas de Saúde Pública e Saúde em todas as Políticas”* (PNS, 2013, p. 53).

A nível político para se promover uma cultura de cidadania, deve desenvolver-se a *“literacia, capacitação, empowerment e participação, tendo como eixos a difusão da informação, o desenvolvimento de competências na decisão individual, institucional e política, criando condições para que os cidadãos se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à saúde e à saúde de quem deles depende, bem como, uma visão positiva em saúde”* (PNS, 2013, p. 53).

São considerados quatro eixos estratégicos no Plano Nacional de Saúde (2013), a cidadania em Saúde, a Equidade e Acesso adequado aos Cuidados de Saúde, a qualidade em Saúde, as Políticas Saudáveis, como se pode ver na figura 5. Entende-se por cidadania ativa quando a pessoa tem participação pública e política, associativismo, voluntariado e/ ou filantropia.



FIGURA 5 – Plano Nacional de Saúde e os 4 eixos estratégicos

Fonte: Plano Nacional de Saúde (PNS) (2015 com revisão e extensão a 2020)

De acordo com o artigo 5º do Regime Jurídico da prevenção, habitação, reabilitação e participação da pessoa com deficiência na Lei n. 38/2004, de 18 de Agosto, *“a pessoa com deficiência tem direito ao acesso a todos os bens, serviços da sociedade, bem como o direito*

e o dever de desempenhar um papel ativo no desenvolvimento da sociedade.”

De acordo com o artigo 12º do mesmo documento *“ao Estado compete criar as condições para a execução de uma política de prevenção, habilitação, reabilitação e participação da pessoa com deficiência.”*

A população pode e deve exigir ao poder público a efetivação da igualdade fazendo-se cumprir a legislação e corrigindo as distorções e deficiências, cobrando a responsabilidade do Município de forma que as desigualdades sejam superadas. Deve continuar o combate à supressão das barreiras a que as pessoas com mobilidade condicionada estão sujeitas para que façam uso pleno dos seus direitos de cidadania.

2.1 A problemática das Acessibilidades: Barreiras Arquitetônicas

No seguimento da revisão trazemos para a análise a problemática das acessibilidades especificamente as barreiras arquitetônicas como parte central do nosso estudo.

A acessibilidade aos Serviços Públicos por parte de todas as pessoas tem vindo a ganhar importância. Sendo que o acesso aos serviços, pode estar muitas vezes comprometido por obstáculos/ barreiras arquitetônicas.

Hesbeen (2003) identifica 4 grupos de obstáculos. São eles: *“o ambiente físico”* engloba a arquitetura dos edifícios nomeadamente a do seu domicílio; *“o ambiente humano”*, compreende o ambiente e comportamentos perante uma situação de desvantagem; *“o ambiente administrativo e financeiro”* diz respeito ao acesso a cuidados de saúde, indemnizações de seguradoras, subsídios de invalidez e outros; *“os fatores pessoais”* compreende a motivação da própria pessoa, a esperança, a autoimagem (Rodrigues, 2012, p. 18).

A CIF contém uma classificação de fatores ambientais que descreve o mundo no qual pessoas com diferentes níveis de funcionalidade devem viver e agir, podendo os fatores ser facilitadores ou barreiras. Os fatores ambientais podem incluir produtos e tecnologias, o ambiente natural e o construído, o suporte e relacionamentos, os serviços e sistemas, e as políticas públicas (OMS, 2011).

De acordo com Fontes, (2014), um fator ambiental é considerado barreira, quando a sua presença ou a sua ausência exercem um impacto negativo na funcionalidade. As barreiras surgem quando os indivíduos entram em contato com os fatores ambientais e apresentam algum tipo de incapacidade. São consideradas barreiras os fatores que podem limitar as atividades e restringir a participação destes indivíduos.

Em oposição às barreiras encontram-se os ambientes facilitadores, ambientes acessíveis. O contexto ambiental é acessível, quando as políticas sociais são inclusivas. A experiência da incapacidade pode ser excluída ou reduzida e o estigma da incapacidade dar lugar à plena integração e participação social (Fontes, 2014). Um espaço acessível deve eliminar barreiras físicas, deve garantir segurança e autonomia a todos incluindo às pessoas com mobilidade condicionada (Guia de Acessibilidades, 2008).

Como já foi anteriormente referido, a incapacidade é caracterizada pelo resultado da interação da saúde do indivíduo e os fatores pessoais com os fatores externos. Os fatores ambientais interagem com os componentes das funções e estruturas do corpo e as atividades e a participação (CIF, 2003).

É fundamental um distanciamento das limitações físicas dos indivíduos para percebermos como os ambientes físicos e sociais impõem limitações a certos grupos de pessoas (Hughes, R. 2014).

Iremos agora explicar um pouco o tema das acessibilidades no espaço público e as Barreiras arquitetónicas.

Entende-se por **barreira** *“qualquer entrave ou obstáculo que limita ou impede o acesso, a liberdade de movimento, a circulação com segurança e a possibilidade de as pessoas se comunicarem ou terem acesso à informação, classificadas em: urbanísticas, nas edificações, nos transportes, nas comunicações e nas informações”* (Guia de Acessibilidade, 2008, p. 23). Podemos considerar assim três tipos de barreiras, a arquitetónica, o mobiliário urbano e a barreira física.

Ao explorar o conceito de **barreira arquitetónica** podemos considerar qualquer obstáculo no acesso e interior dos Edifícios Públicos e Coletivos com a particularidade *“(...) de uso comum nas edificações de uso privado multifamiliar que impede ou dificulta o acesso e/ou a circulação das pessoas.”*

Segue o conceito de **barreira no mobiliário urbano/edificações**, sendo considerado como *“qualquer entrave ou obstáculo que dificulta ou impossibilita o acesso, alcance ou manuseio de objetos ou equipamentos”* (Guia de Acessibilidade, 2008, p. 123).

Por último, a **barreira física** *“pode estar localizadas no entorno e no interior das edificações de uso público e coletivo e no entorno e nas áreas internas de uso comum das edificações”* (Guia das Acessibilidades, 2008 p. 39).

Alguns exemplos de barreira física são pavimentos inadequados (deslizantes, irregulares, com grelhas). Escadas como único acesso a pisos superiores ou a locais com grandes desníveis. Locais têm com rampas, mas estas não têm corrimões ou a inclinação é acima do recomendado. Elevadores pequenos ou mal sinalizados. Portas e as passagens estreitas. Balcões de atendimento e equipamentos públicos com alturas inadequadas. Mobiliário em locais que se tornam obstáculos à passagem. Outro exemplo são as casas de banho que não estão preparadas para receber pessoas com mobilidade condicionada.

De acordo com o Guia de Acessibilidade (2008), **as rampas** devem ser livres de obstáculos num piso sem ressaltos, com uma largura mínima de 1,2m. Devem possuir patamares no início, no fim e em cada segmento e a inclinação das rampas deve respeitar o legislado, como exemplifica a figura 6.

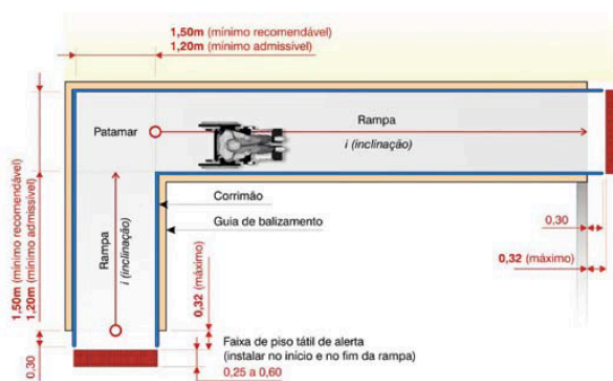


FIGURA 6 – Exemplo correto de uma rampa
Fonte: Guia de acessibilidades (2008, p. 55)

As escadas devem ter uma largura mínima de 1,2 m, devendo possuir faixas de sinalização de cor junto às bordas de todos os degraus e necessitam de patamares de descanso entre mudanças de direção, como se visualiza na figura 7.

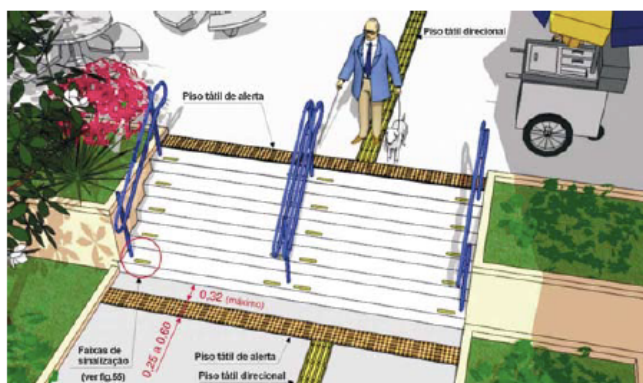


FIGURA 7 – Exemplo de escada acessível
Fonte: Guia de acessibilidades (2008, p. 57)

Os equipamentos eletrônicos, como os elevadores e as plataformas são alternativas às rampas. Os elevadores devem ter alertas sonoros, pictogramas, cumprir as medidas estipuladas na legislação para acesso à porta de entrada, áreas de giro de uma cadeira de rodas, bem como garantir que o acesso abranja todas as pessoas com deficiência. As plataformas para usos de planos verticais e inclinados. Também, devem cumprir certos requisitos consoante se tratar de uso público ou privado e consoante o desnível que vence (Guia das Acessibilidades, 2008).

Os acessos tem particularidades importantes, como por exemplo, a superfície do piso deve ser antiderrapante, estável, contínua, sem obstáculos, devendo ter 1,2m de largura mínima. Devem ser evitados os desníveis. Sempre que haja desníveis até 1,5cm, estes, devem ser chanfrados e sempre sejam superiores a 1,5cm deve ser possível o uso de escadas, rampas, ou equipamentos eletrónicos (Guia das Acessibilidades, 2008).

As portas devem ter um vão livre de 0,8m, em caso de os edifícios poderem ter atendimento ao idoso estes devem ter uma largura de 1,1m. Em ambientes giratórios deve prever acessos alternativos às pessoas em cadeiras de roda. Em relação as áreas de aproximação das portas, prevê-se uma área de aproximação de 1,5m de comprimento e 1,4m de largura (Guia das Acessibilidades, 2008). Como se vê na figura 8.

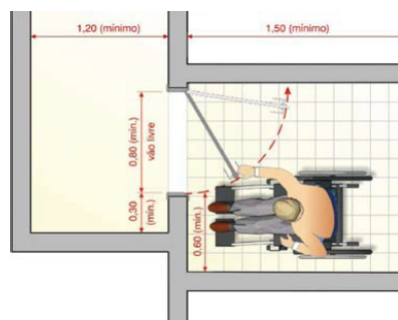


FIGURA 8 – área de aproximação para abertura de portas

Fonte: Guia de acessibilidades (2008, p. 82)

A **circulação horizontal**, também, tem particularidades devendo proporcionar mobilização livre por parte de todas as pessoas e deve ser livre de obstáculos. Para ser acessível a circulação deve ter larguras de 1,5m para possibilitar o giro das pessoas com mobilidade condicionada (Guia das Acessibilidades, 2008).

Do **mobiliário** urbano podemos enumerar bebedouros, telefones, bibliotecas, centros de leituras, locais de estudo e pesquisa, balcões de autosserviço devendo ser acessíveis a todos.

Locais como refeitórios, bares, restaurantes devem estar preparados com rotas acessíveis e os objetos devem estar ao alcance de uma pessoa em cadeira de rodas. Assim como, os balcões de atendimento ao público devem dispor de uma superfície acessível (figura 9).

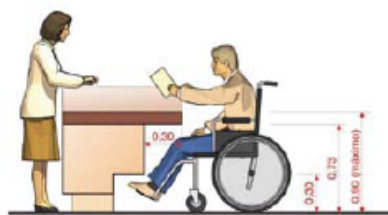


FIGURA 9 – Exemplo de um balcão de atendimento

Fonte: Guia de acessibilidades (2008, p. 103)

As **casas de banho** devem encontrar-se em percursos acessíveis. O número disponível de locais para pessoas com mobilidade condicionada deve ser de 5% do total de bacias sanitárias destes locais e devem possuir uma área de transferência. O papel deve estar ao alcance da pessoa sentada. A barra de apoio deve estar colocada consoante as

recomendações. Os lavatórios devem permitir a aproximação frontal, como se pode verificar na figura que se segue.

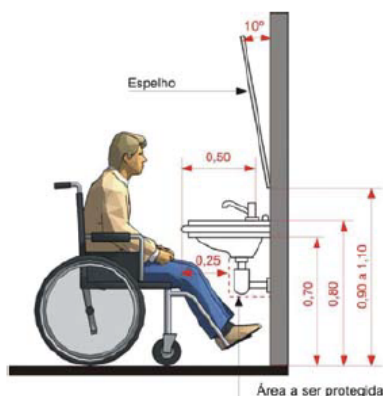


FIGURA 10 – aproximação frontal ao lavatório e espelho

Fonte: Guia de acessibilidades (2008, p. 96)

Em síntese, o conhecimento sobre as realidades das acessibilidades ainda carece de análise e mudança a fim de se tornar um ambiente mais amigável para as pessoas com mobilidade condicionada, sendo fundamental, que enfermeiro de reabilitação valide os locais frequentados pelas pessoas com deficiência.

2.2 Inclusão Social

A inclusão social é uma tentativa de incluir nos sistemas sociais aqueles que de alguma forma se encontravam excluídos, sendo, portanto, um processo de adaptação da sociedade através de transformações dos ambientes físicos e a mentalidade de todas as pessoas inclusive portadores de necessidades especiais (Sassaki, 1999; Pina, 2010). Conceito que vai de encontro ao paradigma da inclusão que se vincula à transformação social (Landin e Ferreira Júnior, 2003; Pina, 2010).

A integração da pessoa com deficiência no mercado de trabalho é atualmente entendida como um fator importante para a sua inclusão social, independência económica, valorização e realização pessoal. Um dos objetivos da formação profissional é fomentar a inserção da pessoa com deficiência no mercado de trabalho, através da qualificação e da

promoção da igualdade de oportunidades (Santos, 2014).

Para Sassaki (1999, p. 6), *“empresa inclusiva é aquela que acredita no valor da diversidade humana, contempla as diferenças individuais, efetua mudanças fundamentais nas práticas administrativas, implementa adaptações nos ambientes físicos, adapta procedimentos e instrumentos de trabalho, treina todos os recursos humanos na questão da inclusão”* (Pina, 2010 p. 136).

De acordo com Maciel (2000), uma sociedade inclusiva assegura as necessidades das pessoas com deficiência. Uma sociedade inclusiva prevê equidade de oportunidades, a mútua interação de pessoas com e sem deficiência e o pleno acesso aos recursos da sociedade, e tem o compromisso com as minorias e não apenas com as pessoas portadoras de deficiência.

Movimentos nacionais e internacionais têm tentado encontrar uma política de educação inclusiva, tendo o seu auge culminado na Conferência Mundial de Educação Especial que se realizou em 1994, e teve a participação de 88 países e 25 organizações. Desta conferência surge a *“Declaração de Salamanca”*. De inúmeros pontos pode citar-se *“escolas reguladoras, que possuam tal orientação inclusiva, constituem os meios mais eficazes de combater atitudes discriminatórias, criando-se comunidades acolhedoras, construindo uma sociedade inclusiva e alcançando educação para todos (...)”* (Maciel, 2000).

Segundo o Gabinete de Promoção do Programa Quadro de Investigação e Desenvolvimento Tecnológico há um Orçamento de 1,31 mil milhões euros de 2014-2020 para apoiar soluções nas sociedades Europeias inovadoras e inclusivas. O objetivo do programa *“Sociedades Inclusivas, Inovadoras e Reflexivas”* é entre outros desenvolver inclusão social, económica, política e uma dinâmica intercultural positiva na Europa. O foco de atividades deste programa entre outros será a promoção ou implementação de ambientes sustentáveis e inclusivos através do planeamento espacial e urbano inovador (GPPQ, 2018).

A inclusão social torna cidadãos produtivos, participantes, conscientes dos seus direitos e deveres diminuindo assim os custos sociais.

Os primeiros passos para a eliminação de barreiras, ou seja, para melhorar a acessibilidade para pessoas com mobilidade condicionada, é criar cidades inclusivas e surge nos anos 50.

As barreiras físicas em espaços e Edifícios Públicos podem ser denunciadas por profissionais de Reabilitação.

A inclusão é o processo pelo qual *“os sistemas sociais comuns são tornados adequados para toda a diversidade humana – composta por etnia, raça, língua, nacionalidade, gênero, orientação sexual, deficiência e outros atributos – com participação das próprias pessoas na formulação e execução dessas adequações”* (Sassaki, 2009, p. 1), e como refere Maciel (2000, p. 54), é necessário a *“capacitação de profissionais de todas as áreas para o atendimento das pessoas com algum tipo de deficiência.”*

Segundo Sassaki, (2009), nos anos 70 surge o primeiro centro de vida independente do mundo na Califórnia, impulsionou o exercício da independência (funcionalidade) e da autonomia (tomada de decisão) de pessoas com deficiência, que vem confirmar a ideia de Maciel (2000, p. 54), quando orienta para *“a elaboração de projetos que ampliem e inovem o atendimento dessa clientela.”*

Surge a Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes: a pessoa com deficiência independentemente da origem ou gravidade *“têm os mesmos direitos fundamentais que os seus concidadãos”* (ONU, 1975; Sassaki 2009, p. 9). Assim sendo é importante prosseguir com a articulação de Maciel (2000, p. 54), *“a divulgação da Declaração de Salamanca e outros documentos congêneres, da legislação de informações e necessidades dos portadores de deficiência e da importância de sua participação em todos os setores da sociedade.”*

No ano 1981, o ano Internacional de Pessoas Deficientes fazia-se ouvir através de campanhas de sensibilidade à eliminação de barreiras pelas pessoas afetadas a toda a sociedade com o *slogan* “Participação Plena e Igualdade”. Foi Criado um Programa Mundial no qual *“Os países Membros devem trabalhar em prol de um ambiente físico acessível para todos, abrangendo as pessoas com vários tipos de deficiência”* (ONU, 1983; Sassaki, 2009, p. 9). Mais uma vez, as sugestões de Maciel (2000, p. 54), fazem sentido, pois incentiva a trabalhos de sensibilização contínuo e permanente junto da sociedade para com a inclusão de pessoas com deficiência junto da sociedade.

Nos anos 90 surge o *“paradigma da inclusão e da visão de diversidade humana – ampliando o conceito de acessibilidade para abranger dimensões arquitetônicas, comunicacionais, atitudinais etc.”* (ONU, 1983; Sassaki, 2009, p. 9). Surgem padrões, diretrizes leis orientadoras no sentido da promoção de cidades inclusivas (Sassaki, 2009).

O século 20 demonstrou que, com inventividade e engenhosidade é possível estender o acesso a todos os recursos da comunidade – ambientes físicos, sociais e culturais. Eliminar

todas as barreiras ambientais que se interponham à plena inclusão na vida comunitária (Rehabilitation International 1999; Sasaki, 2009, p. 9).

Em 2005, após uma análise ao acesso dos serviços de atendimento médico na Europa, que revelou, embora sem intenção de discriminar barreiras organizacionais, tais como listas de espera, falta de um sistema de reservas para agendamento e complexos sistemas de referências que são mais complicadas para pessoas com deficiência, surge o decreto Contra a Discriminação das Pessoas com Deficiência, que foi aplicado no Reino Unido e Irlanda do norte, para orientar as organizações do sector público a promover a igualdade das pessoas com deficiência (Improving the life chances of disabled people 2005; OMS, 2011).

2.3 Cidades Acessíveis

É fundamental a abolição das barreiras arquitetónicas nas cidades para serem criados ambientes acessíveis e amigáveis, para que assim todos tenham acesso a edifícios públicos, locais lúdicos e às mesmas oportunidades.

Em 2010, a Comissão Europeia promoveu uma competição europeia que visou premiar as cidades que tentam proporcionar um ambiente acessível para todas as pessoas, nomeadamente em Espaços Públicos, transportes e infraestruturas, informação e comunicação, instalações e serviços públicos. Enumeram-se as cidades premiadas: Ávila, Salzburgo, Gotemburgo e Berlim. Ainda se realçam cidades como: Barcelona, Colónia, Turku, Cracóvia, Marburgo, Santander, Nantes, Estocolmo, Grenoble, e Poznan que chegaram à final da competição nos respetivos anos (Jardim, 2014).

Ávila em 2011 recebeu o prémio pelo reconhecimento para o melhoramento das acessibilidades aos Edifícios Públicos e por ter melhorado, também, os acessos a atrações turísticas e as oportunidades de emprego para as pessoas com deficiência. Em 2012, foi Salzburgo que ganhou o prémio e em 2013 foi Berlim por apresentar uma abordagem global realçando o sistema de transportes e em 2014 foi Gotemburgo pois ampliou a acessibilidade para pessoas com deficiência e idosos (Jardim, 2014).

Em Portugal, foi fundado em 2006, o instituto de cidades e Vilas com Mobilidade, este foi criado com a missão de desenvolver um ambiente harmonioso e sustentável a todas as pessoas.

Após refletir sobre o reconhecimento dado a algumas cidades Europeias, que têm lutado pela igualdade de oportunidades, pelo acesso a Edifícios Públicos por parte de pessoas com mobilidade condicionada, seria ideal que todas as cidades seguissem o exemplo.

A um nível internacional a Organização das Nações Unidas (ONU) trabalha para garantir o direito dos grupos vulneráveis, como é o caso das pessoas com deficiência, com o intuito de superar os obstáculos físicos e sociais que podem impedi-los de receberem educação, de conseguirem emprego, de obterem cuidados de saúde adequados, de se movimentarem e serem aceitos na sociedade (Victor e Hostmaelingen, 2017).

As sociedades contemporâneas tendem ao respeito pela dignidade humana e igualdade, de forma a integrar as pessoas com deficiência nas diversas metas do funcionamento social sem qualquer barreira psicológica ou física. A estes indivíduos serão proporcionadas condições que lhes permitam atingir as seguintes metas: *“Cuidar de si; tornar-se independente no quotidiano; Participar na vida familiar e em atividades de tempos livres; Manter contactos sociais; obter rendimento nos estudos e no trabalho; manter relações afectivas e vida sexual; Poder assumir o papel de progenitor”* (Marques, 2001, p. 76).

Ainda, falando de grupos vulneráveis, não podemos deixar de mencionar os idosos, também eles um grupo com mobilidade condicionada e muitas vezes alvo de discriminação e esquecimento. Sendo um grupo em crescimento e devido à sua vulnerabilidade merece a nossa atenção, no sentido de lhes proporcionar assistência em saúde, segurança, participação cívica e assim melhorar a qualidade de vida.

De acordo com um estudo realizado no, Caratinga, no Brasil, em 2013, através de uma pesquisa exploratória a 255 idosos sobre a acessibilidade dos idosos ao centro da cidade conclui-se que 55,3% dos idosos se movem essencialmente a pé sendo que 66,3% refere obstáculos nas calçadas, 63,5% referem problemas com aglomeração de pessoas, 55,3% tem dificuldades para atravessar a rua, 33% apresentou histórias de queda (Júnior, et al, 2013).

Em contradição, uma cidade inclusiva, amiga do idoso apoia os idosos, capacita as pessoas a envelhecer ativamente, praticam políticas de inclusão. Uma cidade amiga do idoso

reconhece as capacidades dos idosos, prevê as necessidades relacionadas com o envelhecimento, respeita as decisões dos idosos, protege os que são vulneráveis, promove a sua inclusão, em suma, contribui para todas as áreas da vida comunitária (ONU, 2013).

A Estratégia Nacional para o Envelhecimento ativo e saudável elaborado pelo SNS (2016), tem como intuito maximizar a capacidade funcional das pessoas idosas e do bem-estar dos cuidadores. Centra a sua preocupação em promover estilos de vida saudável e o autocuidado. E para tal, reconhece-se como ação:

- *“Reconhecer a importância da dieta saudável e da atividade física regular, nomeadamente da mobilidade e coordenação motora das pessoas idosas portadoras de doença crónica”* (SNS, 2015 p. 23);
- Formulação de políticas e práticas de envelhecimento ativo e saudável;
- Promoção do envelhecimento ativo e redução das desigualdades;
- Monitorizar as principais vulnerabilidades de saúde dos idosos;
- Fomentar a realização de avaliações regulares para a deteção de défices funcionais.

A ONU elabora um Guia Global que se intitula: Cidade Amiga do Idoso este guia identifica as situações ideais para uma cidade amiga do idoso (OMS, 2008).

Os tópicos que foram investigados foram os fatores pessoais e comportamentais, o ambiente físico (edifícios públicos, moradias, espaços abertos, transportes), a comunicação, a informação, os serviços de saúde, o ambiente social e da cultura que afetam a participação e o bem-estar mental e a participação social.

Os fatores que dizem respeito ao aliciamento dos idosos em atividades recreativas, sociais, culturais, educacionais e espirituais, e os determinantes económicos, uma vez que, estão diretamente relacionados segundo o guia com a participação cívica de emprego e trabalho voluntário e remunerado (ONU, 2013).

Para a elaboração deste guia participaram no projeto 35 cidades de todo o mundo e foram avaliadas situações sob a ótica dos idosos (ONU, 2013). Pode elaborar-se um esquema com as principais características resultantes desse estudo (figura 11).

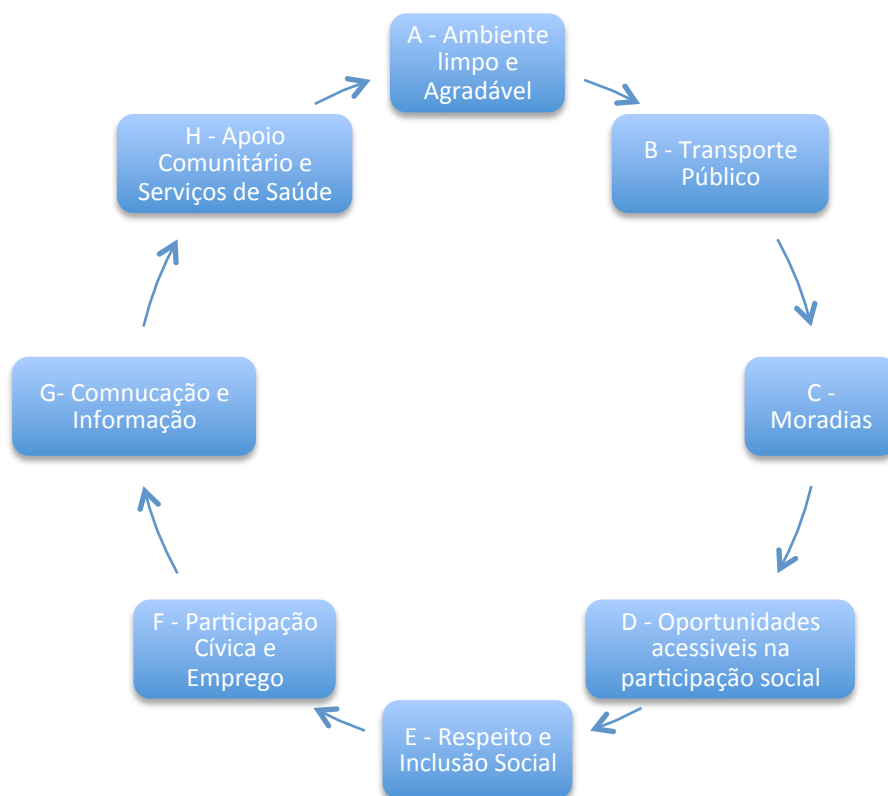


FIGURA 11 – Características das cidades amigáveis do Idoso

Fonte: Adaptado de: ONU (2013)

De acordo com a ONU (2013), podem mencionar-se as características amigáveis, tais como, ambiente limpo, transporte público, edificado que responda às necessidades do idoso, oportunidade de participação social, participação cívica, e de possibilidade de emprego, informação e comunicação, ajustada as condições dos idosos, apoio comunitário e ainda serviços de saúde.

O ambiente limpo e agradável, importância de espaços verdes, lugares para descansar, calçadas amigas dos idosos, cruzamentos seguros para pedestres, acessibilidades, ambientes seguros, calçadas e ciclovias, prédios amigáveis aos idosos (com existência de elevadores, escadas rolantes, rampas, portas e corredores amplos, escadarias adequadas, piso antiderrapante, áreas de estar com sofás/ poltronas/ cadeiras confortáveis, sinalização adequada, casas de banho com acesso a pessoas deficientes), casas de banho públicas adequadas, existência de serviços de atendimento a clientes idosos; *“Os prédios públicos e espaços abertos têm um impacto importante na mobilidade, independência e qualidade de vida dos idosos e afetam a sua capacidade de envelhecer no seu próprio lugar”* (ONU,2013, p. 16).

O Transporte Público é um meio com significado para que os ambientes urbanos sejam

amigáveis, e para isso devem ser frequentes, acessíveis e baratos (ONU, 2013).

As Moradias que atendam às necessidades dos idosos, quando próprias, devem ter a possibilidade de se adaptar para que os idosos continuem a viver confortavelmente em sua casa (ONU, 2013). Será de esperar que o tecido social particularmente os municípios disponham de ajuda para a manutenção e reajuste das habitações da pessoa idosa quando necessário particularmente de condição social (ONU, 2013).

É esperado que a sociedade se organize para dar oportunidades acessíveis na participação social e suporte social. É, também, importante que a participação em atividades de lazer sociais culturais e espirituais na comunidade sejam acessíveis em termos financeiros e físicos (ONU, 2013).

O respeito e inclusão social, pautam-se por comportamentos respeitosos, interação entre gerações, participação dos idosos em eventos sociais, com influência nas decisões públicas, bem como, se espera um suporte e afeto familiar com o mesmo sentido (ONU, 2013).

A participação cívica, emprego, bem como o trabalho voluntário deve constar como uma oportunidade para todos os que pretendem ocupar-se pelo que terá que ser flexível e valorizado (ONU, 2013).

A comunicação e informação, também, deve ser ajustada e acessível às condições da pessoa idosa (ONU, 2013).

O apoio comunitário e serviços de saúde são fundamentais para a qualidade de vida do idoso pelo que deve ser valorizado o acesso às unidades assistenciais, cuidados ao domicílio e rede de serviços comunitários (ONU, 2013).

Em síntese, a ONU tem tido um papel significativo na construção de cidades acessíveis, particularmente para a pessoa idosa, contudo é necessário que todas as cidades e políticas incorporem estas ideias.

3. O ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO COMO PROMOTOR DA ACESSIBILIDADE

Nos capítulos anteriores foram abordados o conceito de pessoa com mobilidade condicionada, neste capítulo percebemos a enfermagem face ao cuidar dessas pessoas.

De acordo com Fontes (2014), estudos baseados em inquéritos de saúde realizados a nível Nacional referem um adiamento da morbilidade/incapacidade. De salientar que a expansividade das incapacitantes crónicas que acompanham a evolução na idade exigem estratégias para a promoção da saúde e prevenção da doença ao longo da vida.

Assim sendo, um objetivo prioritário das sociedades que conquistam uma elevada longevidade, como a sociedade Portuguesa, será a manutenção da autonomia e da funcionalidade do ser humano, teoria explanada na carta de Ottawa.

A primeira Conferência Internacional sobre a promoção da Saúde realizou-se em Ottawa, a 21 de Novembro de 1986, com o intuito de se conseguir um novo movimento de Saúde Pública. A carta de Ottawa, menciona que

“A promoção da saúde é um processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorarem. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida.”

De acordo com a Carta de Ottawa os pré-requisitos para que haja saúde são a paz, o abrigo, a educação, a alimentação, os recursos económicos, o ecossistema estável, os recursos sustentáveis, a justiça social e equidade.

É imprescindível que a pessoa com deficiência tenha acesso à educação quando jovem para que consiga ter acesso de forma justa e equitativa a trabalho e carreira. É indispensável que tenha acesso à justiça social, para que consequentemente melhore as suas relações sociais e participação cívica. Os aspetos e direitos anteriormente referidos são necessários para que haja saúde (Ministério da Saúde, 2002).

Como Enfermeira de Reabilitação é importante fazer um percurso sobre o que dizem os referenciais teóricos para enquadrar esta temática.

O foco de atenção de enfermagem é o ser humano, com as suas necessidades bio-psico-sócio-espirituais, cujo objetivo se centra na promoção da saúde, prevenção da doença e na recuperação/ reabilitação da saúde (Vale e Pagliuca, 2011).

A Enfermeira pode ser considerada uma peça importante para adquirir resposta para a adaptação a novas situações de saúde.

Madeleine Leininger é a fundadora e líder na enfermagem transcultural e na teoria do cuidar humano. A sua teoria dos cuidados culturais, transpôs a enfermagem para uma nova perspetiva de cuidados enquanto atividade humana (Abreu, 2003).

A legitimidade da enfermagem transcultural surge do facto do ser humano ter direitos e expectativas em ter os seus valores culturais, crenças e necessidades atendidas pelos enfermeiros como cuidadores profissionais (Leininger, 1995). O ambiente cultural, social tem impacto na saúde e cuidados de enfermagem.

Callista Roy reforça a ideia da pessoa como ser psicossocial em interação constante com o ambiente e em constante adaptação (Morais, 2012).

De acordo com Kamiyama (1984), Callista Roy, defende um sistema adaptativo, define enfermagem como uma ciência da promoção da adaptação de indivíduos e grupos em situação que envolvem saúde ou doença. A função do enfermeiro será identificar problemas, realizar diagnósticos de enfermagem, determinar os objetivos da assistência.

Para a compreensão dos contributos da teoria de Roy (1984) e segundo a referência de George, (2000) passamos a relembrar 4 elementos fundamentais da teoria pessoa, ambiente, saúde e enfermagem.

Roy (1984), afirma que o recetor de cuidados pode ser a pessoa, a família, a comunidade ou uma sociedade. São considerados pela enfermeira como um sistema adaptativo holístico, como sistemas adaptativos vivos, nos quais os comportamentos, condutas, respostas podem ser adaptativas ou ineficazes.

O ambiente, no Modelo de Callista Roy, salienta estímulos do interior da pessoa e estímulos em torno da pessoa. O ambiente é definido como *“todas as condições, circunstâncias e influências que circundam e afetam o desenvolvimento e o comportamento*

de pessoas e grupos” (Roy e Andrews, 1991; George 2000 p. 210).

Ainda, no modelo de Roy, a enfermagem é promover as respostas adaptativas, usando informação ao nível da adaptação da pessoa e aos estímulos focais, contextuais e residuais. Ou seja, o objetivo de enfermagem é promover a saúde da pessoa otimizando as respostas adaptativas. A assistência de enfermagem tende a prever respostas adaptativas em caso de saúde ou doença (George, 2000).

Esses elementos suportam a intervenção do enfermeiro que consiste na investigação dos comportamentos e estímulos, diagnósticos de enfermagem, estabelecimento de metas, intervenção e avaliação. Do processo assistencial salienta-se que o diagnóstico de enfermagem é o relato do problema, as metas são estabelecidas em relação aos problemas e são redigidas em termos comportamentais, e as intervenções são planeadas para manipular os estímulos, e a avaliação compara as respostas de saída da pessoa com os comportamentos desejados, estabelecidos nas metas (George, 2000).

Enfermagem é uma ciência que em colaboração com outros profissionais de saúde recupera, mantém e promove a saúde. Enfermagem assiste nas necessidades básicas do ser humano, ensina para ajudar o ser humano a tornar-se autónomo para no seu autocuidado (Vale e Pagliuca, 2011).

De acordo com a Ordem dos enfermeiros, no seu código Deontológico do Enfermeiro (2003, p. 114), *“para confiar num profissional, um cliente precisa de acreditar que aquele indivíduo tem o conhecimento necessário para o ajudar”*. Como Enfermeiros Especialistas em Reabilitação ao pensar em deficiência física automaticamente pensa-se nas estratégias possíveis para alcançar o máximo de autonomia nas atividades de vida diária (AVD’S), e por tal, faz sentido mencionar o autocuidado e a Teoria de Orem.

O autocuidado é o desempenho, ou a prática de atividades realizadas para o seu bem-estar e manutenção da saúde (Peggy e Agnes, 2000). É ter a responsabilidade pelos cuidados de saúde e a capacitação de funcionar após um acidente ou doença (Theuerkauf, 2000; Ferreira, 2015). Ainda sobre o autocuidado, Martins (2016, p. 20), refere que *“é aprendido através da experiência, educação, cultura, conhecimento, crescimento e desenvolvimento”*.

A promoção do autocuidado engloba o conjunto de intervenções que permitem a capacitação da pessoa para desempenhar, autonomamente, as atividades fundamentais à manutenção da vida, da saúde e do bem-estar (Marques et al., 2012).

O déficit de autocuidado verifica-se, quando um indivíduo, já não é capaz de realizar certas tarefas sozinho. Neste caso, a enfermagem, pode ser chamada, a intervir. Isto pode acontecer, por exemplo, em situações de doença, em que, para além de existir uma diminuição da capacidade, para executar o autocuidado, também, se verifica, um aumento da necessidade de cuidados (Peggy e Agnes, 2000; Brito, 2012).

Segundo Orem (1991, Peggy e Agnes, 2000) a enfermagem é necessária para a prevenção e tratamento de doenças, para assegurar qualidade nos autocuidados quando a pessoa vivencia processos e não é capaz de assegurar o seu autocuidado.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010, p. 5), o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação *“Capacita a pessoa com deficiência, com limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania”*. O enfermeiro *“elabora e implementa um treino de AVD’s visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e qualidade de vida”*

Em consonância com a OE, Orem identifica, cinco métodos de ajuda, no déficit de autocuidado: Agir, ou fazer, para o outro; guiar o outro, apoiar o outro (fisicamente, ou psicologicamente); proporcionar um ambiente que promove o desenvolvimento pessoal, de satisfazer as necessidades futuras, ou atuais de ação; e ensinar o outro (Brito, 2012; Diógenes e Pagliluca, 2005; Peggy e Agnes, 2000).

A reabilitação é um processo terapêutico que ajuda a fortalecer o indivíduo, ajuda a criar estabilidade de movimentos e da força, bem como, na harmonia psicossocial, na integração das relações sociais e de trabalho. Em países industrializados, incorporar pessoas com incapacidades faz parte integrante de um sistema nacional que adota uma legislação com enfoque na anti discriminação (Seyfried, 1998, Takahashi, 2006, Simonelli, et al, 2010).

A reabilitação, fornecida ao longo de uma assistência contínua desde o atendimento hospitalar até a reabilitação na comunidade, pode melhorar os resultados de saúde, reduzir custos pela diminuição dos períodos de hospitalização, reduzir a deficiência e melhorar a qualidade de vida (OMS, 2011).

A reabilitação tenciona manter a funcionalidade ideal no seu ambiente, atua prevenindo a perda funcional, procede com vista a melhorar a função perdida e trabalha na manutenção da função atual (OMS, 2011).

A reabilitação visa a melhoria da funcionalidade individual melhorando a capacidade de

uma pessoa, bem como a intervenção no ambiente do indivíduo. O processo de reabilitação envolve a identificação dos problemas e necessidades da pessoa, o relacionamento destes com o ambiente, o estabelecimento de metas de reabilitação, o planeamento e a implementação de medidas e por último a avaliação do efeito das mesmas (OMS,2011).

Para uma melhor compreensão apresenta-se a figura 12, com o ciclo da reabilitação.

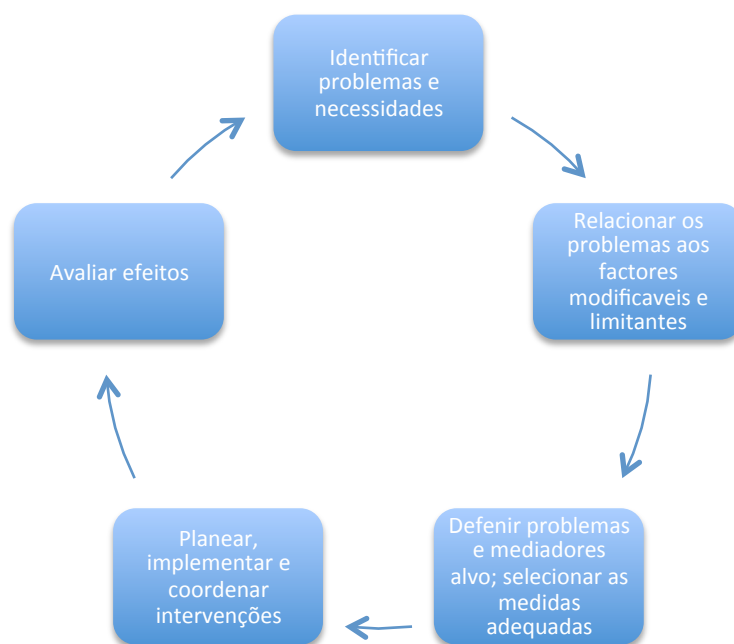


FIGURA 12 – Ciclo de Reabilitação

Fonte: OMS (2011)

O Enfermeiro Especialista em Reabilitação deve ensinar, instruir e treinar a pessoa com dependência no autocuidado a utilizar um conjunto de estratégias e mecanismos adaptativos para promover a sua autonomia. Muitas vezes, os enfermeiros de reabilitação têm de ser criativos para solucionar os problemas.

A título de exemplo, seguem algumas áreas de ação de enfermagem de reabilitação no autocuidado da pessoa com dependência ou deficiência física. O EEER deve avaliar o autocuidado; Incentivar/ensinar/instruir para o autocuidado; Providenciar/ ensinar/ instruir sobre equipamento adaptativo para o autocuidado; Treinar o uso de equipamento adaptativo; Avaliar capacidade física; Melhorar a capacidade física global: Executar movimentos articular passivos; Incentivar aos movimentos articulares passivos ou ativos dos membros superiores e inferiores; Assistir no treino Funcional, treino neuromuscular reativo, treino do equilíbrio, estabilometria, treino de coordenação, treino da marcha; Praticar exercícios de motricidade fina (OE, 2010).

Educar as pessoas com deficiência é fundamental para desenvolver os conhecimentos e habilidades para a autoajuda, a assistência, a gestão e a tomada de decisões. A pessoa com deficiência e suas famílias conseguem melhorar a saúde e a funcionalidade quando são parceiros na reabilitação (OMS, 2011).

O EEER deve conseguir identificar os problemas e necessidades do indivíduo no plano da saúde e da sua reintegração na vida social e comunitária, bem como, conseguir arranjar soluções para as mesmas, por isso faz sentido que haja um conhecimento mais profundo sobre as implicações das condições do meio.

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro de Reabilitação refere que os cuidados de reabilitação centram-se na promoção da máxima independência possível da pessoa com limitações. Pelo que, *“concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas (...) a sua intervenção visa (...) assegurar a capacidade funcional dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidade, (...) e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) (...)”* (Regulamento n. 125/2011. p. 8658)

A reabilitação na Comunidade tem vindo a ter maior visibilidade em Portugal, sendo que, o principal objetivo das intervenções especializadas de enfermagem neste contexto são melhorar a autonomia da pessoa com limitações, intervindo no trinómio pessoa/domicílio/comunidade, permitindo o exercício da cidadania. Recordemos que, *“o nível de um País mede-se por aquilo que é feito pelos cidadãos mais desfavorecidos”* (Winston Chuerchill, Hesbeen, 2003, p. 46).

De acordo com a OE (2010, p. 2) *“A reabilitação, (...) compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima.”*

Acresce o artigo 4º do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, que o enfermeiro *“Cuida de pessoas com necessidade especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”; “Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e /ou restrição da participação para reinserção e exercício da cidadania” e “Maximiza a funcionalidade*

desenvolvendo as capacidades da pessoa” (OE, 2010, p. 2).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação pode utilizar técnicas específicas de reabilitação e pode intervir na educação dos clientes, assim como das pessoas significativas, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida (OE, 2010).

Por este motivo é importante ressaltar que em Portugal, no ano 1989, é proclamada a Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (Lei n. 9/89) *“a reabilitação é um processo global e contínuo destinado a corrigir a deficiência e a conservar, a desenvolver ou restabelecer as aptidões e capacidades das pessoas para o exercício de uma atividade considerada normal”* (Marques, 2001, p. 76).

A Lei n. 38/2004, define as bases gerais do Regime Jurídico da prevenção, habilitação, reabilitação e participação da pessoa com deficiência.

De acordo com o artigo 5.º da Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência, para favorecer a autonomia pessoal o processo de reabilitação é composto por um conjunto de ações nas áreas das acessibilidades, das ajudas técnicas, da cultura, do desporto, da educação especial, da reabilitação medico-funcional e psicossocial.

No seguimento, o artigo 10.º da Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência, o ponto 1 enuncia que, de forma a pessoa com deficiência integrar o mercado normal de emprego/ trabalho, a reabilitação profissional deve encarregar-se do conjunto de intervenções quer na orientação quer na formação profissional para agilizar essa atividade. Assim como, o ponto 2, faz alusão às medidas necessárias para melhorar as respostas das infraestruturas, de forma a estas serem adaptadas.

Ressalvemos que cuidar de pessoas implica uma atenção a cada situação em particular, é necessário mobilizar conhecimentos e habilidades. É uma situação vivenciada por duas pessoas a que cuida e a que é cuidada (OE, 2010, p. 25).

O enfermeiro identifica a necessidade de cuidados do idoso, estabelece prioridades no cuidado, formula diagnósticos de enfermagem, planeia e executa intervenções de enfermagem dirigidas e personalizadas as características individuais, sociais e culturais das pessoas idosas e seus cuidadores, entenda-se cuidadores informais, estes, também alvo de

cuidados. É, também, no seio da equipa que desenvolve as práticas colaborativas no diagnóstico, tratamento e avaliação das situações.

Os enfermeiros devem considerar as dimensões psicológicas, sociais, biológicas, culturas e políticas do envelhecimento, proporcionando um leque de respostas adequadas. O enfermeiro é executor, conselheiro, terapeuta, supervisões, educador do idoso e da família (Silva, et al., 2016).

Os idosos são um grupo populacional que necessita de um leque mais alargado e contínuo de cuidados, em clima de proximidade, preferencialmente no domicílio e junto da família. A atuação de enfermagem deve assentar sobre a promoção do envelhecimento ativo, na promoção de ambientes facilitadores de autonomia e independência.

Quer isto dizer, que os enfermeiros na excelência da sua prática junto dos idosos, cuidam no sentido de aumentar os hábitos saudáveis, diminuir e compensar as limitações inerentes à idade, ajudar o idoso a confortar-se com a angústia da velhice.

O processo de reabilitação no caso particular da pessoa idosa embora tenha as mesmas etapas da reabilitação de um jovem, poderá ser diferente, pois frequentemente temos de lidar com presença de múltiplas afeções correlacionadas com a velhice (Brumel-Smith, 1997; Diogo, 2000).

Um pilar significativo para o processo de reabilitação é promover adaptação da pessoa ao seu ambiente, pode haver alterações do ambiente nem sempre fáceis de serem realizadas frente a escassez de recursos financeiros e de apoio familiar (Diogo, 2000).

Importa ainda salientar a relevância da familiarização do idoso com a equipa de enfermagem, a enfermeira estimula, incentiva, motiva o idoso e o envolvimento da família no processo (Diogo, 2000).

O processo de reabilitação fica completo quando se promove a adaptação familiar, uma vez que a família é um dos principais sistemas de apoio ao idoso (Diogo, 1990; Cavalcanti, 1991; Diogo et al 1994, Diogo 2000).

De acordo com Tucker (1993), o plano de assistência tem os seguintes estágios da reabilitação do idoso; ajustamento, progresso e alta. O ajustamento engloba a admissão, orientações quanto a sua reabilitação e quanto ao protocolo a ser seguido. O objetivo é discutir as expectativas do idoso e elaborar o plano, através da consulta de enfermagem. Nesta fase é importante avaliar o idoso, a sua motivação, o suporte familiar e amigos

(Diogo, 2000).

A avaliação funcional do idoso faz parte do cuidado de enfermagem, com ênfase na pessoa e nos sistemas de apoio que ela pode contar. A enfermeira, bem como, a equipa multidisciplinar deve assistir o idoso de maneira individualizada, levando em consideração as suas limitações físicas, psíquicas e ambientais (Diogo, 2000).

A avaliação funcional dos idosos permite à equipa multidisciplinar nomeadamente à enfermeira uma visão mais precisa da doença e da situação global do idoso, da capacidade de se auto-cuidar, ou seja, ter conhecimento da capacidade de realizar as atividades de vida diária (AVD) (Diogo, 2000).

Para a avaliação funcional muitas escalas de avaliação e testes têm sido propostas, contudo, não existe ainda um modelo que atenda a todas as situações pelo que a escolha de um método de avaliação deve ser adequada à sua finalidade (Paula *et al* 1998; Diogo, 2000).

Relembramos que a avaliação funcional do idoso e da pessoa com deficiência pode ser feita através das escalas abordadas no capítulo 1.

A atuação de enfermagem vai de encontro a atender as necessidades básicas, alcançar a independência total ou parcial e a felicidade (Campedelli, 1983; Diogo, M. 2000).

Quanto mais autónomos tornamos os nossos pacientes mais contribuímos para a sua promoção da sua saúde, para o seu bem-estar e felicidade.

A última fase é o momento da alta, a avaliação domiciliar e dos recursos da comunidade deve ser realizada, pois nem sempre a orientação adequada coincide com a realidade do idoso e o seu ambiente domiciliar e comunitário, pelo que, por vezes, são necessárias adaptações. Pode, ainda, haver a formação de grupos de orientação para a família e cuidadores, com o objetivo de prepará-los para a alta (Diogo, 2000).

Corroborando as premissas anteriores com a Carta de Ottawa que considera que a Promoção da Saúde significa, entre outras premissas, construir Políticas Saudáveis, criar ambientes favoráveis, reforçar ação comunitária e desenvolver competências pessoais.

O tema da inclusão social de pessoas com deficiência é um assunto que merece especial atenção, uma vez que, nem todas as sociedades, cidades, freguesias, famílias estão sensibilizadas para tornar os ambientes mais inclusivos para estes cidadãos.

Contudo, por vezes, até existem famílias e autoridades sensibilizadas para o tema, mas desprovidos de conhecimentos e ferramentas para superar obstáculos. Sendo, uma área na qual podemos e devemos intervir.

É essencial que se mudem visões, que seja posta em prática a legislação vigente em Portugal, que sejam dados passos no sentido de se criar uma sociedade mais inclusiva, de todos terem acesso às mesmas oportunidades reduzir a exclusão, obstáculos, discriminação.

3.1 Contributos/ Atividades de enfermagem de Reabilitação que influenciam intervenção na comunidade

A enfermagem de reabilitação *“mais do que uma especialidade de enfermagem é uma estratégia de assistência e de prestação de cuidados de saúde que vê a pessoa como um todo”* (OE, 2010, p. 27).

Segundo Hoeman (2000), a enfermagem de reabilitação é uma prática holística, uma vez que, os pacientes são avaliados e encaminhados na globalidade tendo em conta as dimensões físicas, psicológicas, cognitivas sociais e financeiras (Rodrigues, 2012). O enfermeiro de reabilitação, é assim, um elo de ligação entre a comunidade e o paciente, motivando este para uma adaptação no seio da comunidade cada vez mais autónoma.

Recordemos que o processo de reabilitação é *“um processo dinâmico, contínuo, progressivo e principalmente educativo, tendo como objetivo a restauração funcional do indivíduo, a sua reintegração na família, comunidade e sociedade”* (Ring, 1994; Diogo, 2000, pp. 75), pelo que, o enfermeiro de reabilitação pode desenvolver as suas atividades na comunidade (saúde comunitária), nos hospitais (internamentos) e nos centros de reabilitação (Rodrigues, 2012).

As atividades de enfermagem de reabilitação abarcam a prevenção primária, secundária e terciária. Sendo, a primária referente à prevenção do aparecimento de situações patológicas e traumáticas. A secundária compreende a prática na fase aguda ajudando no processo de recuperação e podendo limitar a incapacidade provocada pela doença. Por último a terciária, envolve a recuperação e a reabilitação da pessoa que visam à autonomia da pessoa (Rodrigues, 2012).

O enfermeiro deve estudar e intervir no domicílio, pois este pode ser gerador de saúde/doença. Os profissionais de saúde devem prevenir, educar e aconselhar a família para a constituição de um lar saudável (Martim 1994; Rodrigues, 2012).

A Ordem dos Enfermeiros (2011), no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de reabilitação, refere que este tem de ter um

papel ativo ao identificar barreiras arquitetónicas e deve orientar para a eliminação das mesmas no contexto de vida das pessoas pois tem uma visão privilegiada das reais limitações e necessidades das pessoas podendo emitir pareceres técnicos/ científicos sobre estruturas e equipamentos sociais da comunidade.

O enfermeiro deve observar, avaliar e intervir no domicílio e no seu ambiente de forma a educar e aconselhar o paciente/cuidador e família para a estruturação de um ambiente e lar saudável, para que, este ambiente seja seguro gerador de saúde e não doença, de forma a ser um ambiente que promova a cura e reabilitação (Martim 1994; Rodrigues, 2012).

O domicílio é o local no qual as famílias desenvolvem relações físicas, emocionais e espirituais (Amaral, 2001).

A família é uma das forças que influenciam o processo de saúde/doença, podendo ser uma mais-valia no processo de reabilitação global do doente e na sua reintegração social e profissional (Carvalhido e Pontes 2009).

De acordo com Hoeman (2000), o plano de alta deve incluir considerações sobre o ambiente, casa e comunidade. Essa informação permite detetar variáveis antes da alta, de modo a promover uma transição bem-sucedida.

Assim como, identificar os recursos da comunidade, em matéria de acessibilidades e barreiras arquitetónicas para que a sua reintegração na sua vida social possa ser mais tranquila, menos traumática e lhe proporcione autonomia, qualidade de vida e felicidade.

É importante ter um conhecimento das acessibilidades, obstáculos, barreiras arquitetónicas para que se possa adequar o ambiente domiciliário, bem como, o meio envolvente na comunidade. É importante adequar os recursos disponíveis para que esses recursos contribuam positivamente na autonomia da pessoa, na promoção da mobilidade.

Para a integração das pessoas na comunidade, devem ser feitos reajustes, para melhorar a mobilidade, a promoção da autonomia, a independência total ou parcial a fim de se evitar a institucionalização das mesmas.

Em suma, o enfermeiro de reabilitação ao fazer visitas domiciliárias, e intervir na comunidade tem uma postura facilitadora para a autonomia da pessoa/família na realização das AVD's.

De acordo com Pinto (2012), os idosos ao participarem em atividades sociais, culturais,

desportivas espirituais ou de outra natureza, aumentam a sua auto-estima e autoconfiança, melhoram as suas relações interpessoais e a comunicação com os outros, ao mesmo tempo que fomentam as suas condições físicas, mentais e afetivas.

De acordo com OMS (2009), os espaços devem estar ajustados: locais para a realização de eventos e atividades devem ter uma localização conveniente, ser acessíveis, iluminados e de fácil acesso através de transportes públicos; os eventos devem ter lugar e horas convenientes para pessoas mais velhas; deve ser fornecido uma boa informação sobre atividades, eventos, incluindo detalhes de acessibilidade das instalações e das opções de transporte para pessoas mais velhas, e ainda, deve existir a preocupação em incluir pessoas em risco de isolamento social.

A participação cívica é outra área de intervenção da enfermagem de reabilitação, pois o retorno à vida ativa assim o exige.

De acordo com OMS (2009; Guia global das Cidades Amigas das pessoas Idosas, 2012 p. 69) *“uma comunidade amiga das pessoas idosas proporciona opções para que estas continuem a contribuir para as suas comunidades, através da realização de trabalho remunerado ou de trabalho voluntariado, caso assim o decidam, e para que possam envolver-se em questões de natureza política”*. A OMS inclui os seguintes itens:

Existe uma gama de opções flexíveis para voluntários mais velhos, com formação, reconhecimento, e orientação e reembolso de despesas pessoais;

As qualidades dos funcionários mais velhos são valorizadas;

É fomentada a existência de um conjunto de oportunidades flexíveis e adequadamente pagas, para que as pessoas mais velhas possam trabalhar;

A discriminação baseada unicamente na idade é proibida na contratação, retenção, promoção e formação dos funcionários;

Os locais de trabalho estão adaptados a fim de corresponder às necessidades das pessoas com incapacidades;

São favorecidas e apoiadas as opções de emprego por conta própria para pessoas mais velhas;

E facultada aos trabalhadores mais velhos formação nas opções pós reforma;

Os órgãos de decisão dos sectores público, privado e de voluntariado encorajam e facilitam a participação de pessoas mais velhas como membros.

Em síntese, o trabalho do Enfermeiro de reabilitação pode ter um contributo significativo para as pessoas e para a visibilidade de Enfermagem.

A eliminação de barreiras arquitetónicas é importante para promover um envelhecimento saudável e para a sua participação social. Cabe ao enfermeiro ajudar na eliminação dessas barreiras.

Este trabalho incide na avaliação das acessibilidades dos Edifícios Públicos, sobre na identificação das barreiras arquitetónicas, com vista à sua eliminação. Tornando à posteriori o Município de Vila Nova de Famalicão acessível e amigo de pessoas com mobilidade condicionada.

4. TRABALHO DE CAMPO

Neste capítulo pretendemos relatar a forma como organizamos o trabalho de campo tornando claro o procedimento que sustentou as decisões no processo de investigação.

O Enfermeiro Especialista em Reabilitação deve assumir entre outras competências a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Nenhuma profissão poderá conhecer um desenvolvimento contínuo sem o contributo da investigação, e cada profissão deve ser capaz de fornecer o conhecimento teórico sobre o qual assenta a sua prática (Fortin, 2009; Gomes, et al 2012).

As decisões tomadas pelos Enfermeiros de Reabilitação devem ter tomadas tendo por base conhecimento científico e rigor. Os enfermeiros devem saber como obter, interpretar e integrar as evidências científicas decorrentes dos resultados obtidos de estudos e de situações do dia-a-dia.

A fase metodológica operacionaliza o estudo, precisando o tipo de estudo, as definições operacionais das variáveis, o meio onde se desenrola e a população (Fortin, Grnier; Nadeau, 2003).

De acordo com Fortin (1999, p. 132), é necessário criar um desenho de investigação que consiste “ (...) *num plano lógico criado pelo investigador com vista a obter as respostas válidas às questões de investigação colocadas*”.

Segundo Craig e Smyth (2002), há três razões chaves para particularizar as questões:

- Facilita a pesquisa da evidência relevante, pois quanto mais explícita é a questão mais fácil é pesquisar nas bases de dados electrónicas;
- Possibilita a triagem da melhor e da mais fraca evidência, uma vez formulada a questão, pode-se identificar o tipo de design de estudo;

Neste estudo a pergunta de partida será: “Como se encontra a implementação da legislação em vigor sobre barreiras arquitetónicas face à necessidade de uma cidade saudável?”

Este estudo insere-se no Projeto “+ Saúde Famalicão”, numa parceria entre a ESEP e a Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão. Este projeto tem com finalidade “*descrever ambientes que suportem a saúde, bem-estar e segurança dos idosos com mais de 65 anos, adultos e adolescentes*” e “*Identificar fatores determinantes que sustentem uma política para mudança de comportamento no sentido de um envelhecimento saudável e interventivo*” (ESEP, 2018).

Os objetivos deste estudo são:

- Perceber as condições de acessibilidade nos Edifícios Públicos no Município de Vila Nova de Famalicão;
- Identificar as Barreiras Arquitetónicas existentes nos Edifícios Públicos de Vila Nova de Famalicão;
- Avaliar a acessibilidade aos Serviços Públicos confrontada com a legislação em vigor.

Na orientação da pesquisa consideramos as seguintes questões de investigação:

- Será que existem barreiras arquitetónicas no acesso a Serviços Públicos do Município de Vila Nova de Famalicão?
- Quais as barreiras arquitetónicas existentes no acesso a Serviços Públicos do Município de Vila Nova de Famalicão?

Este estudo é uma investigação de natureza quantitativa, pois pretendemos obter dados capazes de nos oferecerem um resultado numérico acerca dos edifícios públicos acessíveis, não acessíveis, ou acessíveis com dificuldade a pessoas com mobilidade condicionada.

A investigação quantitativa assenta no paradigma positivista. Este caracteriza-se pela medida de variáveis e pela obtenção de resultados numéricos susceptíveis de serem generalizados a outras populações ou contextos. A possibilidade de ser generalizado possibilita um conhecimento útil para um maior número de situações.

Sendo este estudo de natureza descritiva e transversal. É descritivo, uma vez que, assenta na observação e descrição (Freixo 2009). É transversal pois é uma forma de apresentação sequencial de dados que pretende informar acerca das variações ao longo do tempo (Vilelas, 2009).

4.1 Universo/ Amostra

Em 2001 em Portugal, contabilizavam-se 636.059 indivíduos com deficiência, sendo 84.171 com deficiência auditiva, 163.569 Visual, 156.246 Motora, 70.994 Mental, 15.009 com Paralisia Cerebral e 146.069 com outras deficiências (PORDATA, 2010).

Em 2011, num total 10.562.178 indivíduos a residir em Portugal, realça um número elevado de idosos sendo estes separados por grupos etários dos 65-69, 70-74 e +75 contabilizando-se respectivamente 551.701, 496.438, 961.925 indivíduos (PORDATA, 2010).

De acordo com INE em 2011 foram contabilizados 3.544.389 edifícios entre os quais 3.518.152 são principalmente residências e 26.237 são principalmente não residenciais.

O Município de Vila Nova de Famalicão tem 133 832 habitantes. Segundo o Censos de 2011 há 636.059 de registos de indivíduos com qualquer tipo de deficiência em Portugal sendo a realidade do Município de Vila Nova de Famalicão de 6917 (PORDATA, 2010).

Em seguida segue o quadro 4, no qual se podem ver o número de pessoas em Portugal e em Vila Nova de Famalicão com dificuldades em ver, ouvir, andar ou subir degraus, tomar banho ou vestir-se sozinho, memória ou concentração e compreender os outros ou fazer compreender.

Pessoas com dificuldade em:	N. de pessoas em Portugal	N. de pessoas em Vila Nova de Famalicão
Ver	282 644	1 540
Ouvir	148 997	776
Andar ou subir degraus	275 930	1 360
Tomar banho ou vestir-se sozinho	121 013	645
Memória ou concentração	192 679	971
Compreender os outros ou fazer compreender	104 858	574

QUADRO 4 – Número de pessoas com dificuldades em Portugal

Fonte: Portada (2010)

Perante o quadro concluímos que em Portugal a maior incidência de pessoas com dificuldades em ver, e de seguida as pessoas com dificuldade em “andar ou subir degraus”, e em Vila Nova de Famalicão temos a mesma realidade.

Apresentamos, agora, o quadro 5, referente à população com mobilidade condicionada de Vila Nova de Famalicão com a distribuição por faixas etárias.

Faixas etárias (anos)	N. de pessoas com mobilidade condicionada em Portugal	N. de pessoas com mobilidade condicionada em Vila Nova de Famalicão
15-10	1493	7
20-24	1878	12
25-29	2 474	19
30- 34	4 093	16
35-39	5 686	43
40-44	7 008	57
45-49	10 366	66
50-54	15 438	122
55-59	20 724	121
60-64	25 262	150
65-69	28 166	143
70-74	34 758	154
75-79	41 133	170
80-84	38 458	145
85-89	26 193	100
≥90	12 800	35

QUADRO 5 – Número de pessoas com mobilidade condicionada em Portugal

Fonte: Portada (2010)

De acordo com o quadro apresentado, verificamos que, é nos idosos com idades compreendidas entre 75-79 que temos o maior número de pessoas com mobilidade condicionada. Verificando-se a mesma realidade em Vila Nova de Famalicão.

Relativamente aos Edifícios, existem um total de 38.868 edifícios entre os quais 38.600 são edifícios principalmente residências e 268 edifícios principalmente não residenciais. A média de pisos por edifícios são de 2,41 pisos por edifício em Portugal e 2,17 em Vila Nova de Famalicão (PORDATA, 2010).

O universo em questão são os Edifícios Públicos Município Vila Nova de Famalicão, e estes são divididos em subcategorias administrativos, desportivos e escolas.

De acordo com a Câmara de Vila Nova de Famalicão, existem 36 edifícios administrativos, 14 desportivos, 3 parques e jardins, 7 edifícios culturais e 110 centros escolares, escolas e jardins-de-infância.

A amostra do estudo são os Edifícios Públicos Administrativos do Município de Vila Nova de Famalicão, sendo que os Edifícios alvo de Estudo foram:

- Biblioteca Municipal Camilo Castelo Branco (Vila Nova de Famalicão)
- Biblioteca Municipal – Polo de Joane
- Biblioteca Municipal – Polo de Lousada
- Biblioteca Municipal – Polo de Pousada de Saramagos
- Biblioteca Municipal – Polo de Riba de Ave
- Biblioteca Municipal – Polo de Ribeirão
- Casa da Juventude (Vila Nova de Famalicão)
- Centro Coordenador de Transportes (Antas)
- Posto de Turismo (Vila Nova de Famalicão)
- Policia Municipal (Vila Nova de Famalicão)
- Casa do Território – Parque da devesa (Antas)
- Edifício de Apoio às Hortas do Parque da Devesa (Antas)
- Gabinete Municipal de Arqueologia – Parque da Devesa (Antas)
- Serviços Educativos – Parque da Devesa (Antas)
- Departamento de Obras Municipais (Vila Nova de Famalicão)
- Departamento de Ambiente (Vila Nova de Famalicão)
- Edifício ETAR – Oficinas Gerais (Esmeriz)
- Edifício *Made In* (Vila Nova de Famalicão)
- Edifício Paços do Concelho - GAP (Vila Nova de Famalicão)
- Edifício Paços do Concelho – Loja do Cidadão (Vila Nova de Famalicão)
- Edifício Paços do Concelho - (Vila Nova de Famalicão)
- Edifício Ação Social
- Edifício Ação Social – Educação
- Edifício Ação Social – Formação
- Edifício Ação Social – Família e mobilidade

Foram excluídos alguns edifícios entre os quais, a Casa da Cultura que iria mudar de instalações, o Edifício Mercado Municipal (que será intervencionado), e o Self-Service, ATL+ Jardim de Infância, pelo que a amostra ficou reduzida a 25 Edifícios administrativos.

4.2 Variáveis em Estudo e a sua operacionalização

As variáveis são as características observadas ou medidas. Para analisar as variáveis é necessário que estas sejam mensuráveis, através da sua operacionalização. Operacionalizar variáveis consiste no procedimento que deve ser efetuado para medir as variáveis (Fortin, 2009).

As variáveis do nosso estudo são os átrios; balcões e guichés de atendimento; zona de permanência; patamares galerias e corredores; rampas; escadarias; elevadores; plataformas elevatórias; telefones de uso público; condições gerais do wc; acesso às instalações sanitárias, lavatórios acessíveis; espelhos colocados sobre lavatórios acessíveis; controles e mecanismos operáveis; sanitas acessíveis; barras de apoio instaladas junto dos aparelhos sanitários acessíveis.

Relativamente à operacionalização das variáveis, estas serão medidas de acordo com a codificação que se segue no quadro 6,

Codificação	Item	Descrição
1	Não Acessível	Totalmente inacessível; As barreiras físicas são de difícil ou impossível transposição;
2	Acessível só com ajuda	Só é possível o percurso ou serviço mediante o auxílio de uma terceira pessoa;
3	Acessível com dificuldade	Compreende condições de acessibilidade próximas às exigidas para pessoas com mobilidade condicionada;
4	Acessível sem dificuldade	Todas as condições de acessibilidade estão garantidas para pessoas com mobilidade condicionada;
5	Não aplicável	Ausência de objeto de avaliação;
0	Não foi possível avaliar	Não foi possível avaliar

QUADRO 6 – Operacionalização das variáveis

Fonte: adaptada a classificação de acessibilidade de Riviera-Beleta, et al. (2007)

4.3 Instrumento de Colheita de Dados

O método de colheita de dados depende do objeto do estudo, das hipóteses ou das questões de investigação (Fortin, 2009).

A colheita de dados deste estudo (figura 13) foi realizada através do levantamento fotográfico, a medição *in loco* e o preenchimento de uma grelha de Avaliação das Condições de Acessibilidade aos Edifícios Públicos (ANEXO I) construídas a partir da legislação em vigor, decreto-Lei 125/2017, de 18 de Setembro. Este documento é composto por 86 perguntas, distribuída por 9 variáveis em estudo com 6 opções de resposta, mencionadas no quadro 6.

Também, foi preenchida uma grelha de Avaliação das condições de Acessibilidade nos WC (ANEXO II), construídas a partir da legislação em vigor, decreto-Lei 125/2017, de 18 de Setembro. Esta grelha apresenta 8 variáveis, com 36 questões e 6 opções de resposta, mencionadas no quadro 6.

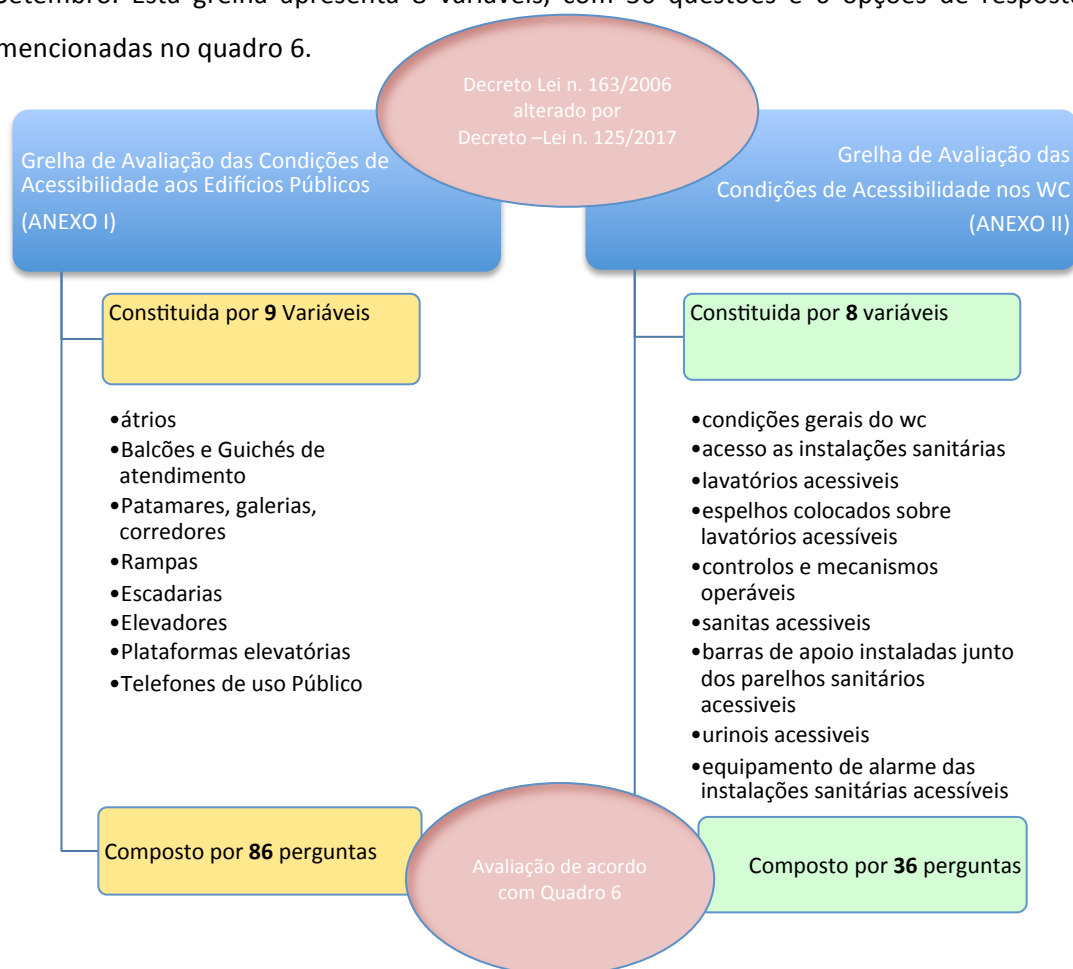


FIGURA 13 – Esquema síntese do instrumento de Colheita de dados

4.4 Procedimento de Colheita de Dados

A colheita de dados foi realizada com o acompanhamento de funcionários da Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão, no âmbito de uma parceria entre a Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão e a ESEP que se denomina “+ Saúde Famalicão”.

Iniciou-se por reuniões com membros do departamento “Família e Mobilidade” da Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão, no qual foram debatidos os objetivos e os Edifícios Públicos a serem estudados.

O consentimento foi obtido através de pedidos feitos pelo departamento da mobilidade ao presidente da Câmara. Que deu informação diretamente aos responsáveis/ funcionários dos Edifícios a serem observados.

A recolha fotográfica e as grelhas de avaliação foram preenchidas com o consentimento dos responsáveis pelos Serviços Públicos e inclusive com o seu acompanhamento. Visto ser uma investigação feita em conjunto com a Câmara Municipal, tivemos autorização imediata para visitar os edifícios, circular por eles, tirar fotografias e fazer medições.

As visitas aos Edifícios Públicos foram agendadas pela Câmara Municipal, especificamente pelo departamento “Família e Mobilidade” e foi nos fornecido um cartão de identificação para circularmos pelos edifícios livremente, para a realização das observações e medições.

Para cada Edifício Público foi preenchida uma ficha de observação, foram feitas medições com fita métrica e usada câmara fotográfica.

A colheita de dados decorreu desde Janeiro a Março de 2018. Cada edifício demorou em média 2 horas.

Os dados resultantes da observação foram tratados com o *software* estatístico IMB SPSS.

Todos os dados recolhidos serviram para a realização de um estudo estatístico sem qualquer interesse económico ou comercial, mas sim para fins curriculares/ académicos e a título informativo para a Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão, que contribuirá para o estudo sobre as acessibilidades de forma a viabilizar uma cidade amigável de pessoas com mobilidade condicionada.

5. UMA FOTOGRAFIA DO EDIFÍCIO PÚBLICO

Neste capítulo vamos fazer a apresentação de dados, pelo que, iniciamos este capítulo com uma descrição da amostra sustentada em fotografias elucidativas, que foram na sua maioria tiradas pela investigadora, seguindo-se a apresentação de dados quantitativos resultantes da grelha de observação.

5.1 Descrição da Amostra

Os recursos bibliotecários são constituídos por seis edifícios.

A **Biblioteca Municipal Camilo Castelo Branco** (Vila Nova de Famalicão) é um edifício inaugurado em 1992 com uma área de 2400 m.

Proporciona leitura, pesquisa, acesso a novas tecnologias (Biblioteca Camilo Castelo Branco, 2016). Cujo a morada é avenida do Brasil, 2450, 4760-019 – Vila Nova de Famalicão



FIGURA 14 – Biblioteca Municipal Camilo Castelo Branco

Fonte: <https://www.portugalio.com/biblioteca-municipal-camilo-castelo-branco/>

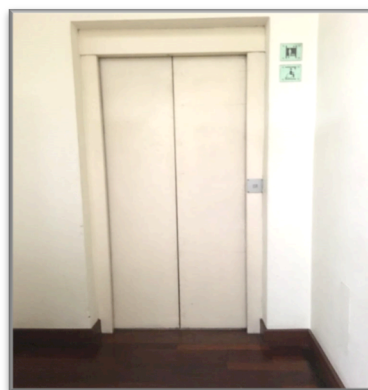


FIGURA 15 – Biblioteca Municipal Camilo Castelo Branco

Fonte: fotografia da investigadora

Podemos verificar, na figura 14, que este edifício possui dois andares pelo que se prevê que para além das escadas tenha um elevador/ plataformas elevatórias/ rampas. Constatou-se

que tem elevador para vencer o desnível de um piso que cumpre as medidas estipuladas na lei.

A **Biblioteca Municipal – Polo de Joane**, edifício inaugurado em 1997, nas instalações do centro cultural Teatro Construção, que proporciona serviços de consulta local, de empréstimo domiciliários, de reprografia e de internet ao público a uma população de 6249 habitantes (Biblioteca Camilo Castelo Branco, 2016). O complexo desportivo Municipal de Joana fica na rua de Leognan, n.º 140, 4770-243 – Joane.



FIGURA 16 – Biblioteca Municipal – Polo de Joane
Fonte: <http://www.bibliotecacamilocastelobranco.org/?co=20&tp=4&cop=46&LG=0&mop=49&it=page>



FIGURA 17 – Biblioteca Municipal – Polo de Joane
Fonte: fotografia da investigadora

Segundo o observado por fotografia conseguimos perceber que dentro da Biblioteca do polo de Joane, há possibilidade de movimentação para uma cadeira de rodas, visto que medida dos corredores assim o permitem. Contudo, embora seja um edifício recente, com mais de um piso, não possui forma de vencer o desnível de um piso dentro do edifício por meio de elevador, rampa ou plataformas elevatórias.

A **Biblioteca Municipal – Polo de Lousado**, Polo de 70 m², inaugurado em 2001, serve uma população de 3469 habitantes, dispõe de empréstimo domiciliários, de reprografia e de internet ao público (Biblioteca Camilo Castelo Branco, 2016). Encontra-se na rua cardeal Cerejeira, n.º 34, 4760-611 Lousado.



FIGURA 18 – A Biblioteca Municipal – Polo de Lousado

Fonte: fotografia da investigadora



FIGURA 19 – A Biblioteca Municipal – Polo de Lousado

Fonte: fotografia da investigadora

Através da visualização das fotografias anteriores do polo de Lousado podemos desde logo deparar-nos com um obstáculo para pessoas com mobilidade condicionada na entrada do edifício, pois apresenta uma escada e no seu interior, também, nos deparemos com corredores, e mobiliário não adaptado a pessoas em cadeira de roda.

A **Biblioteca Municipal – Polo de Pousada de Saramagos**, edifício com 95 m², inaugurado em 2001, serve uma população de 1936 habitantes, dispõe de empréstimo domiciliários, de reprografia e de internet ao público (Biblioteca Camilo Castelo Branco, 2016). Situa-se no largo José da Silva Freitas, 4770-408 Pousada Saramagos.



FIGURA 20 – Biblioteca Municipal – Polo de Pousada de Saramagos

Fonte: fotografia da investigadora



FIGURA 21 – Biblioteca Municipal – Polo de Pousada de Saramagos

Fonte: fotografia da investigadora

Pela observação da fotografia 20 podemos verificar que a biblioteca do polo de pousada apresenta escadas e rampas como acesso exterior ao edifício, contudo o piso é irregular situação que pode dificultar o acesso por parte de uma pessoa em cadeira de rodas. Dentro da biblioteca podemos observar de imediato um local de permanência amplo, contudo

pode prever-se que algumas das prateleiras poderão não estar acessíveis a uma pessoa em cadeira de rodas.

A **Biblioteca Municipal – Polo de Riba de Ave**, é um edifício com 45m² oferece serviços de consulta local, de empréstimo domiciliários, de reprografia e de internet ao público dispõe de 66 lugares sentados tendo sido inaugurado em 2001 e de momento serve uma população de 2982 habitantes (Biblioteca Camilo Castelo Branco, 2016). Sendo, a morada Avenida das Tílias, 7765-201 Riba de Ave.



FIGURA 22 – Biblioteca Municipal – Polo de Riba de Ave

Fonte: fotografia da investigadora



FIGURA 23 – Biblioteca Municipal – Polo de Riba de Ave

Fonte: fotografia da investigadora

Podemos verificar na figura 22 obstáculos na entrada da biblioteca (existência de uma escada e abertura da porta para dentro) e ainda podemos constatar na figura 23 corredores longos sem a possibilidade de mudança de direção, contudo conferimos que as prateleiras estão acessíveis a pessoas com mobilidade condicionada.

A **Biblioteca Municipal – Polo de Ribeirão**, edifício inaugurado em 2005, com 100m², para servir 8292 habitantes com serviços de consulta local, de empréstimo domiciliário, de reprografia e de Internet ao público (Biblioteca Camilo Castelo Branco, 2016). Cujo a morada é Avenida 3 de Julho, 4760- 726 Ribeirão.



FIGURA 24 – Biblioteca Municipal – Polo de Ribeirão
 Fonte: fotografia da investigadora



FIGURA 25 – Biblioteca Municipal - Polo de Ribeirão
 Fonte: fotografia da investigadora

No Polo de Ribeirão, verificamos a presença de rampa figura 24 embora esta não possua corrimões, no átrio exterior não é possível inscrever uma rotação de 360º de forma segura e autónoma. Dentro da biblioteca, figura 25, a zona de permanência é em grande parte desobstruída, contudo para atravessar alguns percursos seria necessário remover alguns obstáculos (mesas e cadeiras) para que pudesse ficar totalmente acessível.

A **Casa da Juventude** (Vila Nova de Famalicão), que fica na rua Camilo Castelo Branco n. 94, 3º direito, 4760-127 Vila Nova de Famalicão. Foi inaugurada em 2013, possui um conjunto de espaços e serviços multifacetados nos quais os jovens são convidados a empreender, criar, conhecer, partilhar e sonhar (Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão, 2018).



FIGURA 26 – Casa da Juventude
 Fonte: http://www.juventudefamaliao.org/_a_casa_casa_da_juventude



FIGURA 27 – Casa da Juventude
 Fonte: fotografia da investigadora

A casa da juventude é um edifício recente que apresenta mais que um piso (figura 26) com equipamento (elevador) que permite o acesso por parte de pessoas em cadeira de rodas, de realçar que o átrio exterior apresenta um piso acessível.

O **Centro Coordenador de Transportes (Antas)**, é um edifício que alberga os transportes públicos, recentemente requalificado e modernizado, onde foram criados mais lugares de estacionamento e melhoradas as condições de circulação de pessoas no espaço interior. Com estruturas de telecomunicações e postos de informação, sendo a sua morada rua Henriques Nogueira, 4760-038 Vila Nova de Famalicão.



FIGURA 28 – Centro Coordenador de Transportes (Antas)

Fonte: fotografia da investigadora

Em relação ao Centro Coordenador de transportes de realçar que o piso é regular e adaptado a pessoas com mobilidade condicionada. Contudo podemos verificar por exemplo em grande parte os balcões e guichés de atendimento não estão adaptados a pessoas em cadeira de rodas (figura 28).

O **Posto de Turismo (Vila Nova de Famalicão)**, é constituído por dois edifícios localizados no centro da cidade, rua Luís Barroso, 1782, 4760-111 Antas. Apresentam atendimento ao público, prestando serviços de informações turísticas acerca dos roteiros e espaços a visitar no concelho. Ambos edifícios equipados com balcão de atendimento, gabinete de trabalho para os respetivos serviços turísticos, sala de exposição para artesanato local e oferta de panfletos, arrecadação e casa de banho.



FIGURA 29 – Posto de Turismo
Fonte: fotografia da investigadora



FIGURA 30 – Posto de Turismo
Fonte: fotografia da investigadora

No que diz respeito aos postos de turismo, podemos observar um pequeno degrau e soleira e o piso exterior é irregular, pelo que estes se tornam acessíveis com dificuldade a pessoas numa cadeira de rodas (figura 29). Dentro dos edifícios realça-se a falta de wc para pessoas com mobilidade condicionada, bem como os balcões e guichés não estão adaptados a pessoas em cadeira de rodas.

A **Polícia Municipal** (Vila Nova de Famalicão), que se encontra na rua António Sérgio 103, 4760-101 Vila Nova de Famalicão, é um edifício inaugurado em 2018, edifício constituído por átrio de entrada, sala de atendimento, audição, secretaria, sala de técnicos superiores, arrecadações e sanitários (femininos, masculinos e para pessoas com mobilidade condicionada). No 1º andar localizam-se zonas privadas, sala de reuniões, sala de convívio social, balneares e camaratas (Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão, 2018).



FIGURA 31 – Polícia Municipal
Fonte: fotografia da investigadora



FIGURA 32 – Polícia Municipal
Fonte: fotografia da investigadora

No edifício da polícia municipal podemos observar átrios interiores e exteriores amplos sem obstáculos (figura 31), contudo o guiché de atendimento não cumpre a altura estipulada na lei (figura 32).

A **Casa do Território – Parque da devesa (Antas)**, é um edifício público dotado de equipamento cultural, um espaço de diálogo, participação, aprendizagem. Dotada de um auditório, local de exposição permanente e temporária, gabinetes e wc. (Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão, 2018), fica na rua Fernando Mesquita n.º 2453 Antas, 4760-034 Vila Nova de Famalicão



FIGURA 33 – Casa do Território

Fonte: fotografia da investigadora

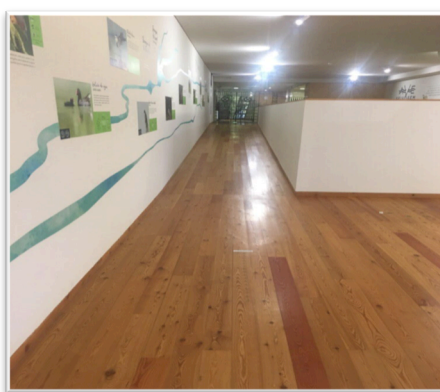


FIGURA 34 – Casa do Território

Fonte: fotografia da investigadora

Neste edifício podemos observar átrios interiores amplos átrios exterior amplo contido com solo irregular (figura 33). Também se pode verificar corredores sem corrimões que facilitaria uma pessoa idosa na sua movimentação por exemplo.

O **Edifício de Apoio às Hortas do Parque da Devesa (Antas)**, tem uma área de 11.000m², implementado desde 2013, e tem como objetivo promoção de modelos agrícolas sustentáveis, programas de agricultura biológica estando a contribuir para o bem-estar da população urbana (Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão, 2018), cuja morada é Fernando Mesquita n.º 2453 Antas, 4760-034 Vila Nova de Famalicão



FIGURA 35 – Apoio às Hortas do Parque da Devesa
Fonte: fotografia da investigadora



FIGURA 36 – Apoio às Hortas do Parque da Devesa
Fonte: fotografia da investigadora

Nas Hortas do Parque da Devesa, podemos verificar corredores de passagem estreitos (figura 35) e solos irregulares (figura 36). Pelo que se prevê que uma pessoa em cadeira de rodas só pode ter acesso com ajuda de outra pessoa.

O **Gabinete Municipal de Arqueologia – Parque da Devesa (Antas)**, é um edifício inaugurado em 2012, dotado de serviços de laboratório e reservas destinados a albergar e conservar objetos arqueológicos (Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão, 2018), alojando-se na rua Fernando Mesquita n.º 2453 Antas, 4760-034 Vila Nova de Famalicão



FIGURA 37 – Gabinete Municipal de Arqueologia – Parque da Devesa
Fonte: fotografia da investigadora

Em relação ao gabinete de Arqueologia, no gabinete temos corredores amplos (figura 37), contudo é um edifício com mais de 1 piso com acesso apenas por escadas, e estas são desprovidas de corrimão.

Os **Serviços Educativos – Parque da Devesa (Antas)**, que fica na rua Fernando Mesquita n.º 2453 Antas, 4760-034 Vila Nova de Famalicão é um espaço privilegiado para a promoção de

atividades pedagógicas, nomeadamente a nível ambiental e cívica (Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão, 2018).



FIGURA 38 – Serviços Educativos – Parque da Devesa (Antas)

Fonte: fotografia da investigadora



FIGURA 39 – Serviços Educativos – Parque da Devesa (Antas)
Fonte: fotografia da investigadora

Em todo o parque da devesa podemos verificar que o piso é irregular (figura 38) pelo que uma pessoa em cadeira de rodas poderia ter dificuldades em aceder. Em relação aos serviços educativos pode ver corredores exteriores com medidas próprias para a circulação de uma cadeira de rodas (figura 39).

O **Departamento de Obras Municipais** (Vila Nova de Famalicão), que se encontra na avenida 25 de Abril 622 4760-101 Vila nova de Famalicão. Tem como principais funções o lançamento de concursos de empreitadas de obras públicas o seu acompanhamento e fiscalização, manutenção e remodelação.



FIGURA 40 – Departamento de Obras Municipais
Fonte: fotografia da investigadora



FIGURA 41 – Departamento de Obras Municipais
Fonte: fotografia da investigadora

Em relação ao departamento do ambiente, podemos observar na figura 40 a existência de

uma rampa para vencer o desnível de uma escada, contudo esta rampa apresenta um obstáculo no início que deveria ser removido.

O **Departamento de Ambiente** (Vila Nova de Famalicão), fica na praça D. Maria II, n.º 282 4760-111 Vila Nova de Famalicão. Tem como principais linhas de atuação espaços verdes, educação ambiental, defesa do património florestal.



FIGURA 42– Departamento de Ambiente

Fonte: http://www.cm-vnfamalicao.pt/_atendimento_3



FIGURA 43 – Departamento de Ambiente

Fonte: fotografia da investigadora

O departamento do ambiente é um Edifício que apresenta uma rampa exterior que não cumpre os requisitos para que se utilize de forma completa ente acessível (figura 43). Podemos verificar que tem dois pisos, mas o segundo piso só é acessível por escadas. De referir que os guichés de atendimento são acessíveis sem dificuldade neste edifício (figura 42).

O **Edifício ETAR – Oficinas Gerais** (Esmeriz), edifício, foi construído para tratar e rejeitar anualmente águas residuais inserida no plano de despoluição da bacia do Este, tendo como objetivo o alargamento das redes de abastecimento de água e respetivo saneamento básico (Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão, 2018), e a sua morada é lugar de Meães 4760 Esmeriz Vila Nova de Famalicão.

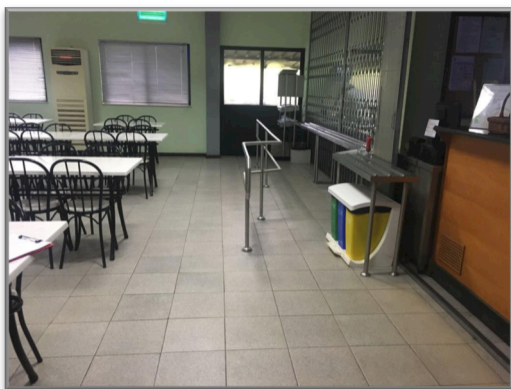


FIGURA 44 – Edifício ETAR – Oficinas Gerais

Fonte: fotografia da investigadora



FIGURA 45 – Edifício ETAR – Oficinas Gerais

Fonte: fotografia da investigadora

O refeitório da ETAR seria acessível a pessoas com mobilidade condicionada ainda que o guiché de atendimento não tenha as medidas previstas na lei. Contudo, o refeitório fica no segundo piso deste edifício, que apenas apresenta escadas para vencer o desnível, e estas são desprovidas de corrimões, pelo que para uma pessoa idosa, também, se considera acessível com dificuldade.

O Edifício **Made In** (Vila Nova de Famalicão), inaugurado em 2013, encontra-se na rua Camilo Castelo Branco n.º 108, 4760-127 em Vila Nova de Famalicão, é um gabinete de apoio ao empreendedor, que tem como principal objetivo atrair investimento para o concelho, apoiar empresários e estimular o empreendedorismo.



FIGURA 46 – Edifício Made In

Fonte: http://www.famalicaomadein.pt/_gabinete_De_apoio_ao_empresendedor

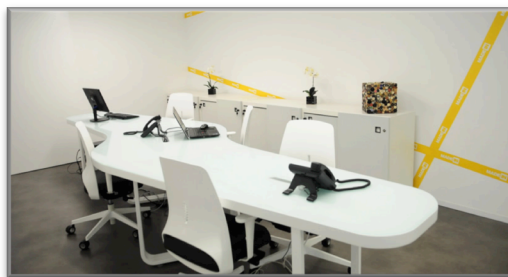


FIGURA 47 – Edifício Made In

Fonte: http://www.famalicaomadein.pt/_gabinete_De_apoio_ao_empresendedor

O **Made in** é um edifício recente e como podemos verificar apresenta uma zona de guiché de atendimento (figura 46), bem como, escritório com zonas para receber pessoas com mobilidade condicionada, apresenta também wc para pessoas com mobilidade condicionada. Este edifício teria apenas uma pequena escada na sua entrada que deveria ser reformulada.

O **Paços do Concelho** – edifício da Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão. Inaugurado em 1962, encontra-se na Praça Álvaro Marques 4760-111, Vila Nova de Famalicão. É o órgão representativo do município tendo como função legislativa e fiscalizadora.

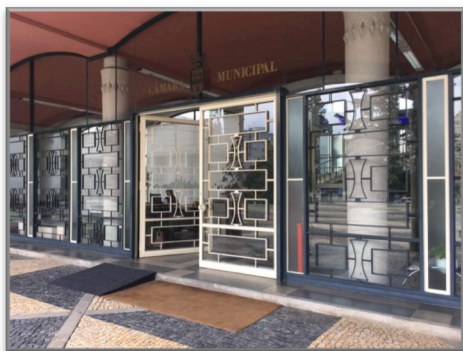


FIGURA 48 – Paços do Concelho

Fonte: fotografia da investigadora

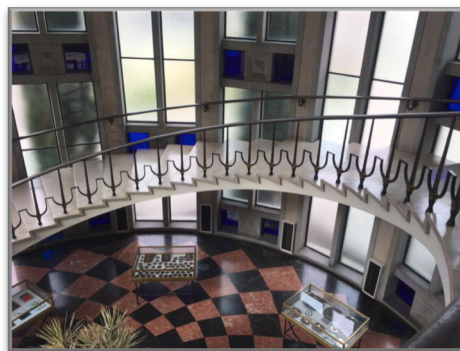


FIGURA 49 – Paços do Concelho

Fonte: fotografia da investigadora

Edifício com 2 pisos com escadas que não apresentam zonas antiderrapantes (figura 49) e ausência de elevadores ou plataformas para acesso ao segundo piso (embora se possa aceder pelo elevador presente no edifício ao lado GAP) corredores amplos sem obstáculos, desprovidos de corrimões.

O **Paços do Concelho** – GAP, Gabinete de apoio à presidência situa-se na Praça Álvaro Marques 4760-111, Vila Nova de Famalicão, foi inaugurado em 1961 (Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão, 2018).



FIGURA 50 – Paços do Concelho - GAP

Fonte: <http://www.flickrriver.com/photos/fotoelias/4938583574/>

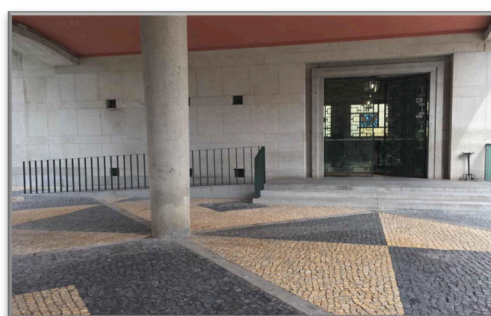


FIGURA 51 – Paços do Concelho – GAP

Fonte: fotografia da investigadora

Apresenta rampas e escadas para o acesso exterior, contudo no interior do edifício apresenta portas para o gabinete de atendimento que não cumpre as medidas para que seja acessível a pessoas com mobilidade condicionada (figura 51).

A **Loja do Cidadão** é um Edifício Paços do Concelho, que deu início à sua atividade em 2015 e encontra-se na Praça Álvaro Marques 4760-111, Vila Nova de Famalicão. A loja do cidadão destina-se a alterar a morada do cidadão, apoio ao emigrante, atendimento geral do IMT (instituto, mobilidade e dos transportes), pedido de certidões, passaportes entre outros.

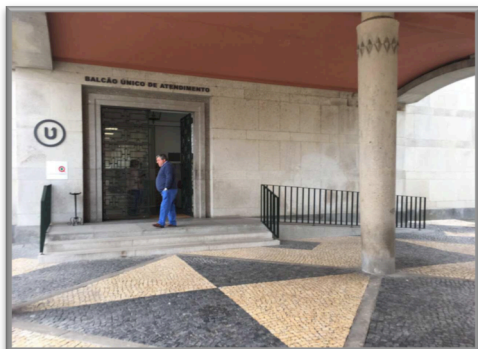


FIGURA 52 – Loja do Cidadão entrada

Fonte: fotografia da investigadora



FIGURA 53 – Loja do Cidadão

Fonte: fotografia da investigadora

Edifício com escadas e rampa de acesso (figura 52), assim como áreas de permanência e guichés de atendimento acessíveis a pessoas com mobilidade reduzida (figura 53).

O Edifício n.º 94 da Praça Álvaro Marques, 4760-111, Vila Nova de Famalicão, foi ocupado em 2015, pelos serviços de ação Social, Educação, Formação, Família e Mobilidade, aos quais as pessoas com deficiência e idosos têm necessidade de recorrer.



FIGURA 54 – Edifício Ação Social, Educação, Formação, Família e mobilidade - entrada

Fonte: fotografia da investigadora

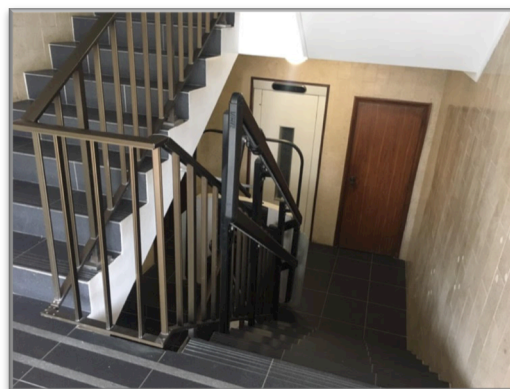


FIGURA 55 – Edifício Ação Social, Educação, Formação, Família e mobilidade

Fonte: fotografia da investigadora

Edifício Público com vários serviços implementados. Na zona exterior apresenta escadas, e rampa (figura 54) e no seu interior apresenta elevador e plataforma elevatória para o

acesso aos diferentes serviços (figura 55). Contudo, nem todos os serviços apresentam guichés de atendimento ou escritórios que possam receber pessoas em cadeiras de rodas, assim como nem todos os serviços apresentam wc acessíveis a pessoas com mobilidade condicionada.

As fotografias apresentadas em alguns casos são sugestivas de adaptação para eliminar barreiras arquitetónicas, mas também, pisos e acessos que são pouco amigáveis para pessoas com mobilidade condicionada.

5.2 Análise de Dados da Observação

Neste subcapítulo são apresentados os resultados da observação feita e dos dados recolhidos através da grelha de observação.

Irá ser feita uma breve explanação dos itens avaliados em cada sub-subcapítulo, os dados serão apresentados em quadros e com eles uma breve descrição.

Recordemos a apreciação dos indicadores, 1- Não Acessível, 2- Acessível só com ajuda, 3- Acessível com dificuldade, 5 – Não aplicável, 0- não foi possível avaliar.

5.2.1 Condições de Acesso

- **Átrios**

Átrios são um espaço cercado num edifício.

ÁTRIOS	Não acessível		Acessível só com ajuda		Acessível com dificuldades		Acessível Sem dificuldades		Não se aplica	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Do lado exterior das portas de acesso aos edifícios e estabelecimentos é possível inscrever uma zona de manobra para rotação de 360°.	3	12	0	0	1	4	21	84	0	0
Nos átrios interiores é possível inscrever uma zona de manobra para rotação de 360°.	0	0	0	0	0	0	25	100	0	0
As portas de entrada/saída dos edifícios e estabelecimentos possui uma largura útil não inferior a 0,87 m, medida entre a face da folha da porta quando aberta e o batente ou guarnição do lado oposto; se a porta for de batente ou pivotante deve considerar-se a porta na posição aberta a 90°.	7	28	3	12	3	12	12	48	0	0

QUADRO 7 – Distribuição da classificação dos átrios

Da análise do quadro anterior, verificamos que, é possível sem dificuldades, inscrever uma zona de manobra para uma rotação de 360°, nos átrios interiores, em 100% dos casos. Contudo, do lado exterior das portas é possível inscrever uma zona de manobra para rotação de 360° sem dificuldades em 84% dos edifícios.

Foi verificado, também, que só 48% dos edifícios apresenta uma largura de porta útil não inferior a 0,87m. Da observação deste critério constatamos que temos uma classificação que não é amigável para as pessoas com mobilidade condicionada, considerando que 28%

não cumpre este critério, 12% só com ajuda e os outros 12% com acesso com dificuldades.

Conclui-se que, embora na maioria dos edifícios se consiga fazer manobras nos átrios exteriores e interiores, em mais de metade das situações as portas de entrada/saída dos edifícios públicos apresentam problemas de acesso.

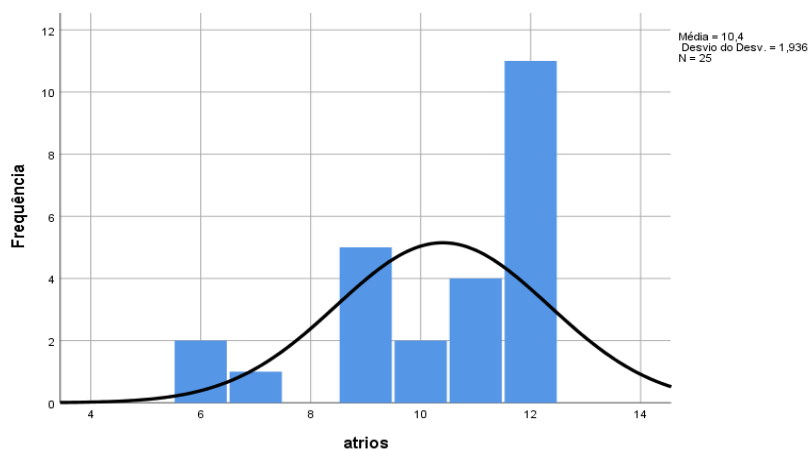


GRÁFICO 1 - Distribuição da classificação dos átrios

Tornando a apreciação dos átrios uma variável quantitativa onde a variação da classificação sobre a acessibilidade varia dos 6 a 12, obtendo o valor médio nos 10,4 pontos e a moda nos 12, com um desvio padrão de 1,9. Observa-se não haver uma distribuição normal das classificações.

- **Balcões e Guichés de Atendimento**

São locais com pequenas aberturas destinadas a atender o público. Nos locais em que forem previstos balcões ou guichés de atendimento, pelo menos um deve satisfazer as seguintes condições.

Balcões e Guichés de Atendimento	Não acessível		Acessível só com ajuda		Acessível com dificuldades		Acessível Sem dificuldades		Não se aplica	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Deve estar localizado junto a um percurso acessível;	2	8	1	4	1	4	19	76	2	8
Deve existir uma zona livre que permita a aproximação frontal ou lateral;	0	0	0	0	3	12	20	80	2	8
Deve ter uma zona aberta ao público servindo para o atendimento com uma extensão não inferior a 0,8 m e uma altura ao piso compreendida entre 0,75 m e 0,85 m;	6	24	2	8	2	8	13	52	2	8

QUADRO 8 – Balcões e Guichés de Atendimento

Analisando o quadro anterior referente os balcões e guichés de atendimento, no que toca a uma acessibilidade sem dificuldades, concluímos que, 76% dos edifícios apresentam um percurso acessível, 80% permitem uma zona livre de aproximação frontal e lateral. Contudo, apenas 52% do total dos guichés de atendimento apresenta uma extensão não inferior a 0,8m e uma altura do piso compreendida em 0,75m e 0,85m.

Conclui-se, portanto, que do total dos edifícios públicos, mais de metade permitem a aproximação ao guiché de atendimento sem dificuldades, embora pouco mais de metade cumpre os requisitos de medidas que o guiché de atendimento deve apresentar.

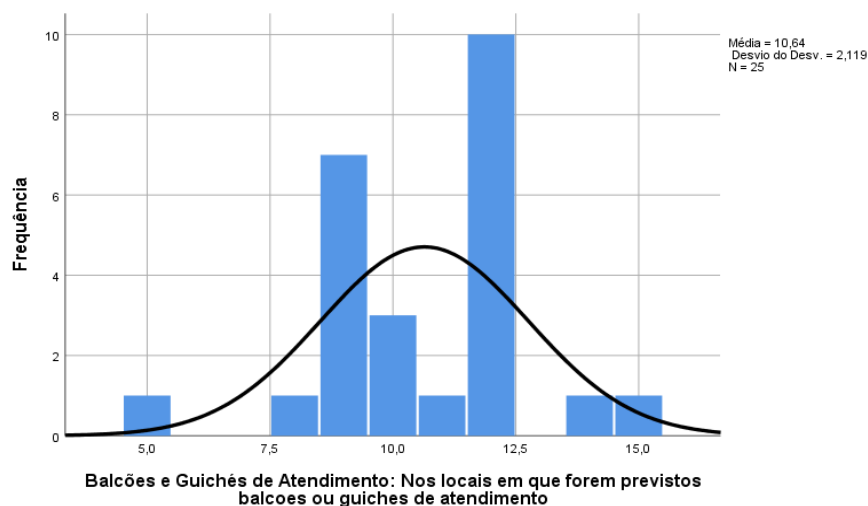


GRÁFICO 2 - Balcões e Guichês de Atendimento

A observação dos 25 edifícios demonstrou para os Balcões e Guichês (gráfico 2) obtiveram uma variação de 5-12 pontos, com a moda foi no valor de 12 e o valor médio em 10,43 com um desvio padrão de 1,854 e que a sua distribuição não segue a curva normal. Onze edifícios eram acessíveis sem dificuldade e uma era praticamente não acessível os restantes será necessário melhorar as acessibilidades.

- **Zona de permanência**

As zonas de permanência tratam-se de espaços diferentes que permitem o estacionamento de uma cadeira de rodas, enquanto o seu utilizador interage com um equipamento ou com alguém.

Zona de Permanência	Não acessível		Acessível só com ajuda		Acessível com dificuldades		Acessível Sem dificuldades		Não se aplica	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
A zona livre para o acesso e a permanência de uma pessoa em cadeira de rodas deve ter certas dimensões	2	8	2	8	2	8	19	76	0	0
A zona livre deve ter um lado totalmente desobstruído contíguo ou sobreposto a um percurso acessível	1	4	2	8	3	12	18	72	1	4
Se a zona livre estiver situada num recanto que confina a totalidade ou parte de três dos seus lados numa extensão superior ao indicado, deve existir um espaço de manobra adicional	1	4	3	12	2	8	11	44	8	32
Alcance: Se a zona livre permitir a aproximação frontal, os objetos ao alcance de uma pessoa em cadeira de rodas devem situar-se dentro dos intervalos definidos	1	4	7	28	4	16	13	52	0	0
Se a zona livre permitir a aproximação lateral, os objetos ao alcance de uma pessoa em cadeira de rodas devem situar-se dentro dos intervalos definidos	1	4	4	16	5	20	12	48	3	12

Quadro 9 – Zona de Permanência

Após estudado o quadro relativo à zona de permanência, verifica-se que 76% dos edifícios apresenta uma zona livre para o acesso e permanência de uma pessoa com cadeira de rodas, sendo que totalmente desobstruída são 72% dos edifícios.

No que se refere ao alcance de objetos por parte de uma pessoa em cadeira de rodas, apenas 52% dos edifícios contempla uma zona livre de aproximação frontal com acesso sem dificuldades e 48% dos edifícios apresentam acessibilidade sem dificuldades para a aproximação lateral.

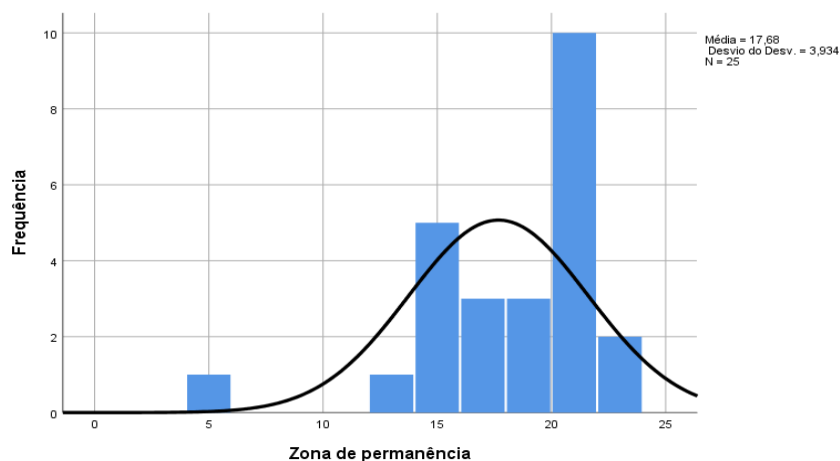


GRÁFICO 3 - Zona de Permanência

Da análise dos dados quantitativos (gráfico 3), verifica-se que a variável de permanência varia entre 5 e 20 pontos sendo o valor médio no 16,4, com desvio padrão de 4,131 contudo a moda ocorre na pontuação 20.

- **Patamares, galerias, corredores.**

Entende-se por corredores, zonas estreitas e compridas nos edifícios, galerias longos corredores e patamares zonas no topo de um lance de escadas

Patamares, Galerias, Corredores	Não acessível		Acessível só com ajuda		Acessível com dificuldades		Acessível Sem dificuldades		Não se aplica	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Os patamares, galerias e corredores têm uma largura não inferior a 1,2 m.	1	4	2	8	4	16	17	68	1	4
Podem existir troços dos patamares, galerias ou corredores com uma largura não inferior a 0,9m, e se o seu comprimento for inferior a 1,5m e se não derem acesso a portas laterais de espaços acessíveis	5	20	2	8	2	8	12	48	4	16
Nos patamares, galerias ou corredores com a largura inferior a 1,5 m, são localizadas em zonas de manobra que permitem rotação de 360° ou mudança de direção de 180° em T de modo a não existirem troços do percurso com uma extensão superior a 10m.	3	12	1	4	0	0	17	68	4	16
Os corrimões nos patamares, galerias ou corredores, estão instalados a uma altura do piso de 0,9 m e quando interrompidos estão curvados na direção do plano do suporte.	10	40	0	0	0	0	1	4	14	56

Patamares, Galerias, Corredores	Não acessível		Acessível só com ajuda		Acessível com dificuldades		Acessível Sem dificuldades		Não se aplica	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Os corrimões têm um diâmetro ou largura das superfícies de preensão compreendido entre 0,035 m e 0,05 m, ou ter uma forma que proporcione uma superfície de preensão equivalente.	1	4	0	0	0	0	0	0	24	96
Se os corrimões estiverem colocados junto de uma parede ou dos suportes, o espaço entre o elemento e qualquer superfície adjacente não é inferior a 0,035 m.	0	0	0	0	0	0	0	0	25	100
Se os corrimões estiverem colocados em planos recuados relativamente à face das paredes, a profundidade do recuo não deve ser superior a 0,08m e o espaço livre acima do topo superior do corrimão não é inferior a 0,3 m.	0	0	0	0	0	0	0	0	25	100
Os corrimões e as paredes adjacentes não devem possuir superfícies abrasivas, extremidades projetadas perigosas ou arestas vivas.	0	0	0	0	0	0	0	0	25	100
Os elementos preênsis dos corrimões não podem rodar dentro dos suportes, ser interrompidos pelos suportes ou outras obstruções ou ter um traçado ou materiais que dificultem ou impeçam o deslizamento da mão.	0	0	0	0	0	0	0	0	25	100
Os corrimões e barras de apoio possuem uma resistência mecânica adequada às solicitações previsíveis e devem ser fixos a superfícies rígidas e estáveis.	0	0	0	0	0	0	0	0	25	100
Os espaços comuns no interior de edifícios, permitem a circulação de uma pessoa em cadeira de rodas (largura livre superior a 0,9m).	3	12	0	0	4	16	8	32	10	40
Os edifícios de uso público com mais de um piso têm plataformas elevatórias (quando não têm elevador).	8	32	0	0	0	0	4	16	13	52
Os pisos permitem andar de forma segura em cadeira de rodas, com canadianas ou com carrinhos de bebés? (largura livre superior a 0,9m).	2	8	2	8	4	16	15	60	2	8
O revestimento do piso tem uma superfície estável (não se desloca quando sujeita às ações mecânicas decorrentes do uso normal), durável (não é desgastável pela ação da chuva ou de lavagens frequentes) e firme.	0	0	0	0	0	0	23	92	2	8
O piso é contínuo não possuindo juntas com uma profundidade superior a 0,005m.	0	0	0	0	0	0	23	92	2	8
Nos corredores não existem obstáculos à circulação de pessoas com mobilidade condicionada (móveis, papeleiras, cadeiras).	0	0	1	4	8	32	15	60	1	4
Existem zonas de manobra que permitem mudança de direção de uma pessoa em cadeira de rodas fazendo uma rotação de 360º.	2	8	0	0	5	20	17	68	1	4
As zonas de permanência de pessoas têm uma zona livre de $\geq 0,75$ m por $\geq 1,20$ m.	0	0	0	0	6	24	18	72	1	4

Patamares, Galerias, Corredores	Não acessível		Acessível só com ajuda		Acessível com dificuldades		Acessível Sem dificuldades		Não se aplica	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
A altura livre de obstruções em toda a largura dos percursos não deve ser inferior a 2m nos espaços encerrados e 2,4 m nos espaços não encerrados	0	0	0	0	0	0	24	96	1	4
A inclinação dos pisos e dos seus revestimentos na direção do percurso tem até 5%.	0	0	0	0	0	0	23	92	2	8
Existem formas de vencer desníveis (rampas, escadas ou ambos).	5	20	0	0	0	0	15	60	5	20

QUADRO 10 – Patamares, Galerias, Corredores

De acordo com o quadro 10, verifica-se que, 68% dos corredores, patamares e galerias dos edifícios se encontram acessíveis sem dificuldade, pois têm uma largura não inferior a 1,2m.

No que diz respeito ao acesso a patamares, galerias ou corredores com a largura inferior a 1,5 m, num percurso com extensão de 10 m, existem zonas de manobra que permitem a rotação de 360°; nestas condições apresentam-se 68% com acesso sem dificuldades.

Em relação aos corrimões a predominância em praticamente todos os itens é não aplicável, uma vez que, se verificou uma grande ausência de corrimões nos edifícios.

Ao analisar se o revestimento do piso tem uma superfície estável (não se desloca quando sujeita às ações mecânicas decorrentes do uso normal), durável (não é desgastável pela ação da chuva ou de lavagens frequentes) e firme, verifica-se que 92% dos edifícios cumpre o critério.

Também, se verificou, a inexistência de obstáculos à circulação de pessoas com mobilidade condicionada (móveis, cadeiras) nos corredores em 60% dos casos e em 32% dos casos são acessíveis com dificuldade.

Nos Edifícios Públicos existem formas de vencer desníveis (rampas, escadas ou ambos) dos quais 60% estão acessíveis sem dificuldade, realço o facto de 20% não serem acessíveis e em 20% não se aplica, pois não têm necessidade de vencer desníveis.

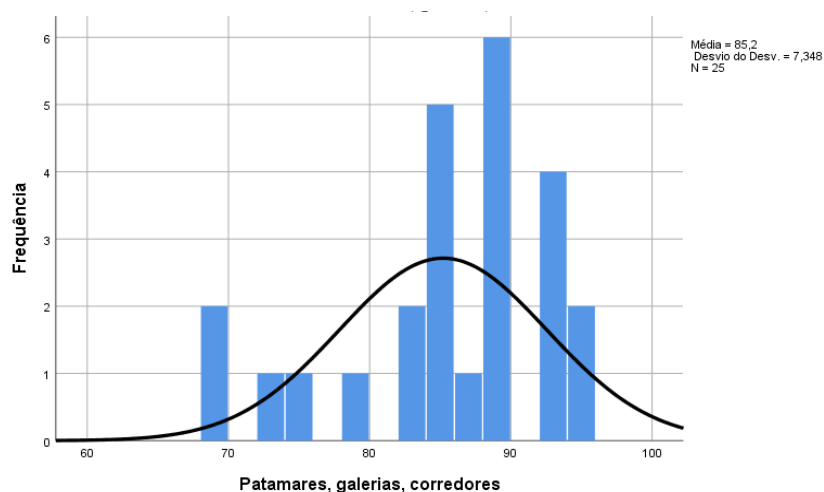


GRÁFICO 4 – Patamares, Galerias e corredores

A análise da pontuação dos patamares, galerias e corredores teve uma variação de pontuação de 69-94 sendo a média da pontuação 85,2 pontos com um desvio padrão de 7,348.

- **Rampas**

As rampas são um equipamento com uma relativa diferença de altura.

Rampas	Não acessível		Acessível só com ajuda		Acessível com dificuldades		Acessível Sem dificuldades		Não se aplica	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
As rampas que vencem desníveis superiores a 0,4 m devem ter corrimão de ambos lados ou um duplo corrimão central se a largura da rampa for superior a 3m.	6	24	0	0	0	0	4	16	15	60
Quando a largura da rampa é superior a 6 m deve existir corrimão de ambos lados e um duplo corrimão central.	0	0	0	0	0	0	1	4	24	96
A inclinação das rampas é de 6% para uma projeção até 10 m e um desnível até 0,6 m.	4	16	0	0	0	0	0	0	21	84
A inclinação das rampas é de 8% para uma projeção até 5 m e um desnível até 0,4m.	5	20	0	0	0	0	1	4	19	76
As rampas possuem uma largura superior a 1,2 m.	2	8	0	0	5	20	4	16	14	56
As rampas possuem plataformas horizontais de descanso: na base e no topo de cada lanço, quando têm uma projeção horizontal superior ao especificado para cada inclinação.	8	32	0	0	0	0	1	4	16	64
As rampas possuem plataformas horizontais de descanso: na base e no topo de cada lanço, quando existe uma mudança de direção com um ângulo igual ou inferior a 90°.	9	36	0	0	1	4	1	4	14	56
As plataformas horizontais de descanso possuem uma largura igual à da rampa e têm um comprimento superior a 1,5 m.	7	28	0	0	0	0	0	0	18	72

Rampas	Não acessível		Acessível só com ajuda		Acessível com dificuldades		Acessível Sem dificuldades		Não se aplica	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Os corrimões das rampas prolongam-se pelo menos 0,3 m na base e no topo da rampa, são contínuos ao longo dos vários lanços e patamares de descanso e são paralelos ao piso da rampa.	11	44	0	0	0	0	0	0	14	56
Nas rampas com uma inclinação não superior a 6%, o corrimão deve ter pelo menos um elemento preênsil a uma altura compreendida entre 0,85 m e 0,95 m.	7	28	0	0	0	0	2	8	16	64
Nas rampas com uma inclinação superior a 6%, o corrimão deve ser duplo, com um elemento preênsil a uma altura compreendida entre 0,7 m e 0,75 m e outro a uma altura compreendida entre 0,9 m e 0,95 m.	3	12	0	0	0	0	0	0	22	88
Revestimento de piso das rampas, no seu início e fim, possuem faixas com diferenciação de textura e cor contrastante relativamente ao pavimento adjacente.	11	44	0	0	0	0	0	0	14	56

QUADRO 11 – Rampas

Ao observar as rampas conclui-se que 24% das rampas que vencem desníveis superiores a 0,4 m não têm corrimão de ambos os lados, estando por isso não acessíveis.

Apenas 16% das rampas possuem uma largura superior a 1,2 m, estando por isso acessível sem dificuldade.

Em relação ao revestimento de piso das rampas, no seu início e fim, se possuem faixas com diferenciação de textura e cor contrastante relativamente ao pavimento adjacente, constatou-se que 44% delas não cumpre a exigência.

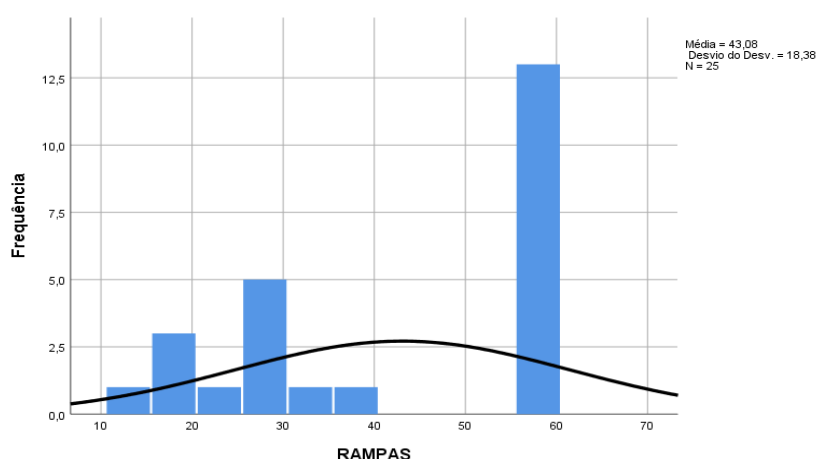


GRÁFICO 5 - Rampas

Da análise quantidade dos dados (gráfico 5) face à classificação das rampas verifica-se que estas foram pontoadas num intervalo de 13 a 60 pontos ocorrendo a média da pontuação

em 43,08 com um desvio padrão de 18,36 pontos, sendo de salientar que 12 edifícios tiveram pontuação máxima

- **Escadarias**

Escadas são uma construção formada por degraus destinados a ligar locais com diferenças de nível.

Escadarias	Não acessível		Acessível só com ajuda		Acessível com dificuldades		Acessível Sem dificuldades		Não se aplica	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
As escadas que vencerem desníveis superiores a 0,4 m devem possuir corrimões de ambos os lados.	8	32	4	16	0	0	7	28	6	24
A altura do corrimão das escadarias está entre 0,85 e 0,9 m (focinho dos degraus e bordo superior do elemento preênsil)?	8	32	0	0	2	8	7	28	8	32
No topo da escada os corrimões devem prolongar-se pelo menos 0,3 m para além do último degrau do lanço, sendo esta extensão paralela ao piso.	11	44	0	0	0	0	6	24	8	32
Na base da escada os corrimões devem prolongar-se para além do primeiro degrau do lanço numa extensão igual à dimensão do cobertor mantendo a inclinação da escada.	13	52	0	0	0	0	4	16	8	32
Os corrimões devem ser contínuos ao longo dos vários lanços da escada.	2	8	0	0	0	0	12	48	11	44
Quando existem degraus isolados ou escadas constituídas por menos de três degraus, contados pelo número de espelhos, os degraus devem estar claramente assinalados com um material de revestimento de textura diferente e cor contrastante com o restante piso.	3	12	0	0	0	0	3	12	19	76
A largura dos lanços, patins e patamares das escadas é superior a 1,2 m.	5	20	0	0	0	0	12	48	8	32
Patamares superiores e inferiores possuem uma profundidade, medida no sentido do movimento, superior a 1,2 m.	0	0	6	24	0	0	12	48	7	28
Patins intermédios com uma profundidade, medida no sentido do movimento, não inferior a 0,7 m, se os desníveis a vencer, medidos na vertical entre o pavimento imediatamente anterior ao primeiro degrau e o cobertor do degrau superior, forem superiores a 2,4 m.	0	0	0	0	0	0	11	44	14	56
Os degraus das escadas têm uma profundidade (cobertor) não inferior a 0,28 m.	0	0	0	0	1	4	18	72	6	24
Os degraus das escadas têm uma altura (espelho) não superior a 0,18 m.	0	0	0	0	3	12	17	68	5	20

Escadarias	Não acessível		Acessível só com ajuda		Acessível com dificuldades		Acessível Sem dificuldades		Não se aplica	
	N.	%	N.	%	N.		N.	%	N.	%
Os degraus das escadas têm a aresta do focinho boleada com um raio de curvatura compreendido entre 0,005 m e 0,01 m;	0	0	0	0	0	0	20	80	5	20
Os degraus das escadas possuem faixas antiderrapantes e de sinalização visual com uma largura não inferior a 0,04 m e encastradas junto ao focinho dos degraus.	12	48	0	0	0	0	8	32	5	20
Os degraus das escadas possuem dimensões do cobertor e do espelho constantes ao longo de cada lanço.	0	0	0	0	0	0	18	72	7	28
O degrau de arranque pode ter dimensões do cobertor e do espelho diferentes das dimensões dos restantes degraus do lanço, se a relação de duas vezes a altura do espelho mais uma vez a profundidade do cobertor se mantiver constante.	0	0	0	0	0	0	13	52	12	48
Os degraus das escadas não devem possuir elementos salientes nos planos de concordância entre o espelho e o cobertor.	0	0	0	0	0	0	20	80	5	20
Os elementos que constituem as escadas apresentam arestas vivas ou extremidades projetadas perigosas?	0	0	0	0	0	0	20	80	5	20

QUADRO 12 – Escadarias

Ao examinar as escadarias dos Edifícios Públicos constatou-se que em 32% dos casos, as escadas que vencem desníveis superiores a 0,4 m, não possuem corrimões de ambos os lados.

Em 80% dos edifícios, os degraus das escadas não possuem elementos salientes nos planos de concordância entre o espelho e o cobertor.

Em 48% dos edifícios os degraus das escadas não possuem faixas antiderrapantes e de sinalização visual com uma largura não inferior a 0,04 m, não estando por isso acessível.

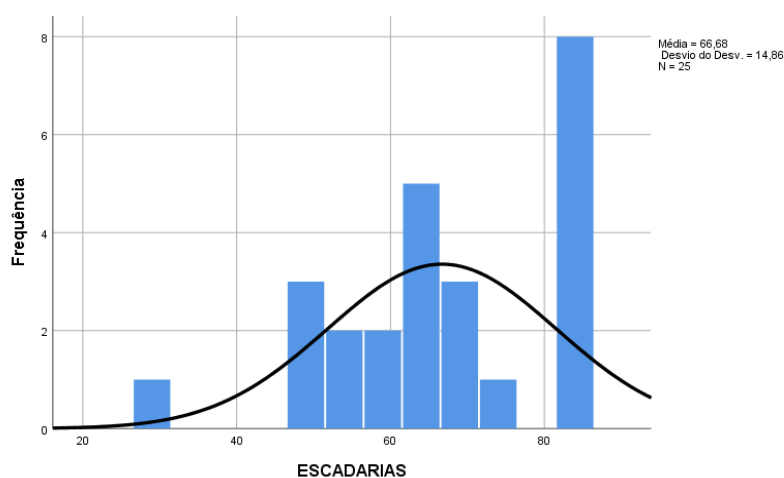


GRÁFICO 6 - Escadarias

A pontuação das escadarias varia de 29 a 85 pontos ocorrendo a media 66,68 e com um desvio padrão 14,86 e apenas 5 edifícios atingiram a pontuação máxima.

- **Elevadores**

São equipamentos de transporte de pessoas, animais ou bens, que ligam diferença de níveis, andares. Move-se verticalmente ou diagonalmente.

Elevadores	Não acessível		Acessível só com ajuda		Acessível com dificuldades		Acessível sem dificuldades		Não se aplica	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Os patamares diante das portas dos ascensores têm dimensões que permitem inscrever zonas de manobra para rotação de 360°.	0	0	0	0	0	0	8	32	17	68
Os patamares diante das portas dos ascensores têm uma inclinação não superior a 2% em qualquer direção.	0	0	0	0	0	0	8	32	17	68
Os patamares diante das portas dos ascensores estão desobstruídos de degraus ou outros obstáculos que possam impedir ou dificultar a manobra de uma pessoa em cadeira de rodas.	0	0	0	0	1	4	7	28	17	68
Os edifícios de uso público com mais de um piso têm elevador com dimensões adequadas à sua utilização por uma pessoa em cadeira de rodas (largura $\geq 1,1$ m e profundidade $\geq 1,4$ m).	8	32	0	0	0	0	8	32	9	36
Possuem uma precisão de paragem relativamente ao nível do piso dos patamares não superior a $\pm 0,02$ m.	0	0	0	0	0	0	8	32	17	68
O um espaço entre os patamares e o piso das cabinas não é superior a 0,035 m.	0	0	0	0	0	0	8	32	17	68
Possui pelo menos uma barra de apoio colocada numa parede livre do interior das cabinas situada a uma altura do piso compreendida entre 0,875 m e 0,925 m e a uma distância da parede da cabina compreendida entre 0,035 m e 0,05 m.	0	0	0	0	0	0	8	32	17	68
As portas dos ascensores devem, no caso de serem novos, de correr horizontalmente e ter movimento automático.	0	0	0	0	0	0	8	32	17	68
As portas têm uma largura útil não inferior a 0,8 m, medida entre a face da folha da porta quando aberta e o batente ou guarnição do lado oposto.	0	0	0	0	0	0	8	32	17	68
As portas têm uma cortina de luz standard (com feixe plano) que imobiliza as portas e o andamento da cabina.	0	0	0	0	0	0	8	32	17	68

Elevadores	Não acessível		Acessível só com ajuda		Acessível com dificuldades		Acessível sem dificuldades		Não se aplica	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Os dispositivos de comando dos ascensores estão instalados a uma altura, medida entre o piso e o eixo do botão, compreendida entre 0,9 m e 1,2 m quando localizados nos patamares, e entre 0,9 m e 1,3 m quando localizados no interior das cabinas.	0	0	0	0	0	0	8	32	17	68
Os dispositivos de comando dos ascensores demonstram sinais visuais para indicam quando o comando foi registado.	0	0	0	0	0	0	8	32	17	68
Os dispositivos de comando dos ascensores possuem um botão de alarme e outro de paragem de emergência localizados no interior das cabinas.	0	0	0	0	0	0	8	32	17	68

QUADRO 13 – Elevadores

Após analisar os edifícios públicos em estudo concluí que em 36% dos casos não se aplica a necessidade de elevadores, por apresentar apenas 1 piso.

Nos restantes Edifícios de uso Público com mais de um piso metade não disponibiliza elevador e a outra metade têm elevador com dimensões adequadas à sua utilização por parte de uma pessoa em cadeira de rodas (largura $\geq 1,1\text{m}$ e profundidade $\geq 1,4\text{m}$).

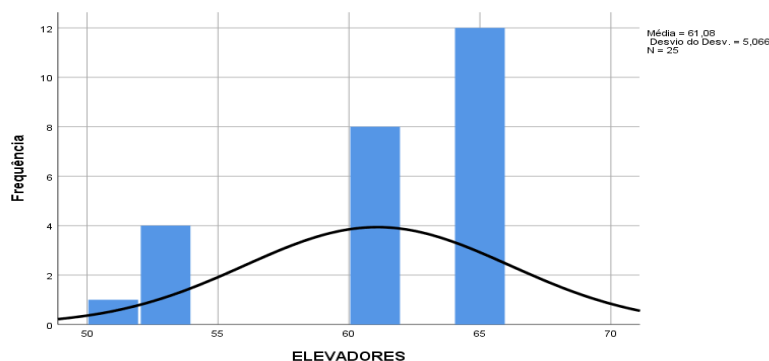


GRÁFICO 7 - Elevadores

Da análise quantitativa das classificações dos elevadores verifica-se que a pontuação varia de 51 a 65 ocorrendo a média no valor de 61,08 e o desvio padrão foi de 5,066. A pontuação máxima verifica-se em 12 edifícios do que tinham elevadores.

- **Plataformas elevatórias**

São dispositivos elevatórios, que permitem transportar pessoas e bens em diferentes níveis.

Plataformas Elevatórias	Não acessível		Acessível só com ajuda		Acessível com dificuldades		Acessível sem dificuldades		Não se aplica	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
As plataformas elevatórias possuem dimensões que permitem a sua utilização por um indivíduo adulto em cadeira de rodas, e nunca inferiores a 0,75 m por 1 m.	0	0	0	0	0	0	4	16	21	84
A precisão de paragem das plataformas elevatórias relativamente ao nível do piso do patamar não é superior a $\pm 0,02$ m.	4	16	0	0	0	0	0	0	21	84
Existem zonas livres para entrada/saída das plataformas elevatórias com uma profundidade não inferior a 1,2 m e uma largura não inferior à da plataforma.	0	0	0	0	0	0	4	16	21	84
Se o desnível entre a plataforma elevatória e o piso for superior a 0,75 m, existem portas ou barras de proteção no acesso à plataforma; que podem ser acionadas manualmente pelo utente.	0	0	0	0	0	0	0	0	25	100
Todos os lados da plataforma elevatória, com exceção dos que permitem o acesso, possuem anteparos com uma altura não inferior a 0,1 m.	0	0	0	0	0	0	0	0	25	100
No caso das plataformas elevatórias instaladas sobre escadas, estas são rebatíveis de modo a permitir o uso de toda a largura da escada quando a plataforma não está em uso.	0	0	0	0	0	0	4	16	21	84
O controlo do movimento da plataforma elevatória está colocado de modo a ser visível e pode ser utilizado por um utente sentado na plataforma e sem a assistência de terceiros.	0	0	4	16	0	0	0	0	21	84

QUADRO 14 – Plataformas Elevatórias

No que diz respeito às plataformas elevatórias 16% possuem dimensões que permitem a sua utilização por um indivíduo adulto em cadeira de rodas, e nunca inferiores a 0,75 m por 1 m.

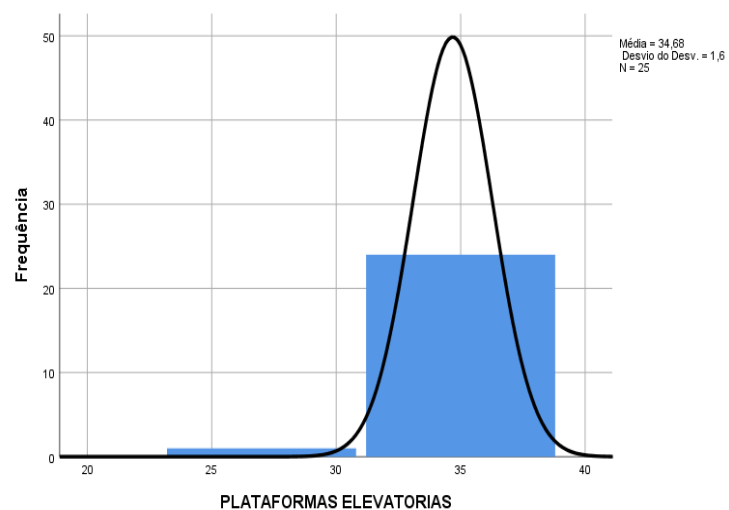


GRÁFICO 8 – Plataformas elevatórias

Da análise da classificação das plataformas elevatórias verificamos que a variação foi de 27 a 35, sendo a classificação media de 34,68 e o desvio padrão de 1,6.

- **Telefones de uso público**

Equipamento que oferece serviço telefónico em locais públicos, embora, este serviço tenha feito parte da nossa observação os telefones de uso público este dado não foi observado por inexistência deste recurso.

5.2.2 Condições gerais do WC

As Casas de Banho, ou comumente, designadas por WC (*water closet*) são, compartimentos existentes nas habitações, em edifícios públicos ou privados, utilizados para os cuidados de higiene, bem como, para satisfazer as necessidades fisiológicas de eliminação. São compostos por sanita, lavatório, chuveiro ou banheira, bidé, espelho e outros acessórios.

Condições gerais do WC	Não acessível		Acessível só com ajuda		Acessível com dificuldades		Acessível Sem dificuldades		Não se aplica	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Os aparelhos sanitários adequados ao uso por pessoas com mobilidade condicionada, designados de acessíveis, podem estar integrados numa instalação sanitária conjunta para pessoas com e sem limitações de mobilidade, ou constituir uma instalação sanitária específica para pessoas com mobilidade condicionada.	16	64	0	0	0	0	8	32	1	4
Se existir uma instalação sanitária específica para pessoas com mobilidade condicionada, esta pode servir para o sexo masculino e para o sexo feminino e deve estar integrada ou próxima das restantes instalações sanitárias.	1	4	0	0	0	0	6	24	18	72
Se os aparelhos sanitários acessíveis estiverem integrados numa instalação sanitária conjunta, devem representar pelo menos 10% do número total de cada aparelho instalado e nunca inferior a um.	1	4	0	0	0	0	1	4	23	92

QUADRO 16 – Condições gerais do WC

Aquando da análise dos dados referentes aos aparelhos sanitários, conclui-se que 32% das casas de banho encontram-se acessíveis sem dificuldade por parte de pessoas com mobilidade condicionada.

As casas de banho podem estar integradas numa instalação sanitária conjunta para pessoas com e sem limitações de mobilidade, ou constituir uma instalação sanitária específica para pessoas com mobilidade condicionada.

Há 64% de Edifícios que não dispõe de casas de banho acessíveis para pessoas com mobilidade condicionada. Mais de metade dos Edifícios não tem casas de banho para pessoas com mobilidade condicionada.

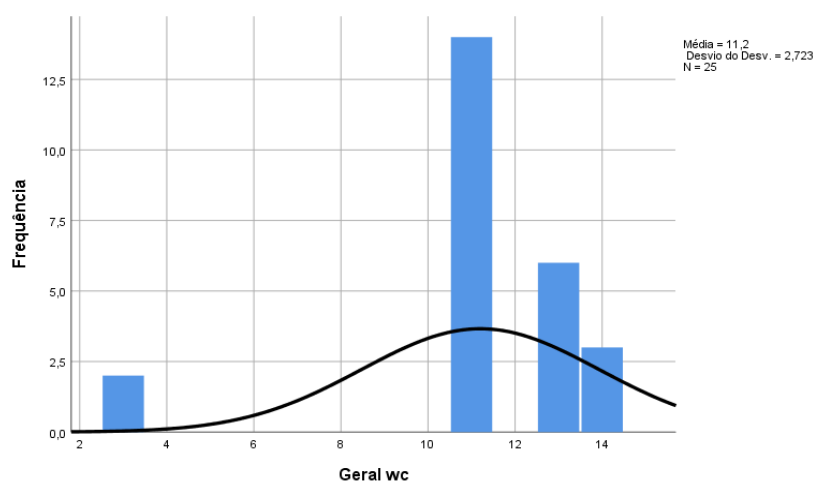


GRÁFICO 9 – Condições gerais do WC

A pontuação das condições gerais do wc varia de 3 a 14 pontos ocorrendo a media 11,2 e com um desvio padrão 2,723 e apenas 3 edifícios atingiram a pontuação máxima.

- Acesso às Instalações Sanitárias**

Acesso às instalações	Não acessível		Acessível só com ajuda		Acessível com dificuldades		Acessível sem dificuldades		Não se aplica	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
A porta de acesso a instalações sanitárias ou a cabinas onde sejam instalados aparelhos sanitários acessíveis deve ser de correr ou de batente abrindo para fora.	11	44	2	8	2	8	10	40	0	0

QUADRO 17 – Acesso às instalações sanitárias

A porta de acesso a instalações sanitárias deve ser de correr ou de batente, abrindo para fora condição, que só se verifica em 40% dos edifícios observados.

- **Lavatórios Acessíveis**

Os lavatórios são equipamentos que se encontram nas casas de banho, destinados a lavar as mãos.

Lavatórios	Não acessível		Acessível só com ajuda		Acessível com dificuldades		Acessível sem dificuldades		Não se aplica	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Uma zona livre para o acesso e a permanência de uma pessoa em cadeira de rodas deve ter dimensões que satisfaçam o definido em seguida: 1) uma zona livre para o acesso e a permanência de uma pessoa em cadeira de rodas deve ter certas dimensões. 2) A zona livre deve ter um lado totalmente desobstruído contíguo ou sobreposto a um percurso acessível. 3) Se a zona livre estiver situada num recanto que confina a totalidade ou parte de três dos seus lados numa extensão superior ao indicado, deve existir um espaço de manobra adicional.	8	32	1	4	5	20	11	44	0	0
A altura do piso ao bordo superior do lavatório deve ser de 0,8 m, admitindo-se uma tolerância de (mais ou menos) 0,02 m.	2	8	0	0	16	64	7	28	0	0
Sob o lavatório deve existir uma zona livre com uma largura não inferior a 0,7 m, uma altura não inferior a 0,65 m e uma profundidade medida a partir do bordo frontal não inferior a 0,5 m.	5	20	1	4	10	40	9	36	0	0
Sob o lavatório não devem existir elementos ou superfícies cortantes ou abrasivas.	0	0	0	0	0	0	25	100	0	0

QUADRO 18 – **Lavatórios Acessíveis**

Na análise da zona livre para o acesso e a permanência de uma pessoa em cadeira de rodas verifica-se que 32% não são acessíveis.

Há 44% que tem condições de acessibilidade sem dificuldade.

Em relação à altura do piso ao bordo superior do lavatório, que deve ser de 0,8 m, e admite uma tolerância de 0,02m, existe uma percentagem de 64% de lavatórios acessíveis com dificuldade.

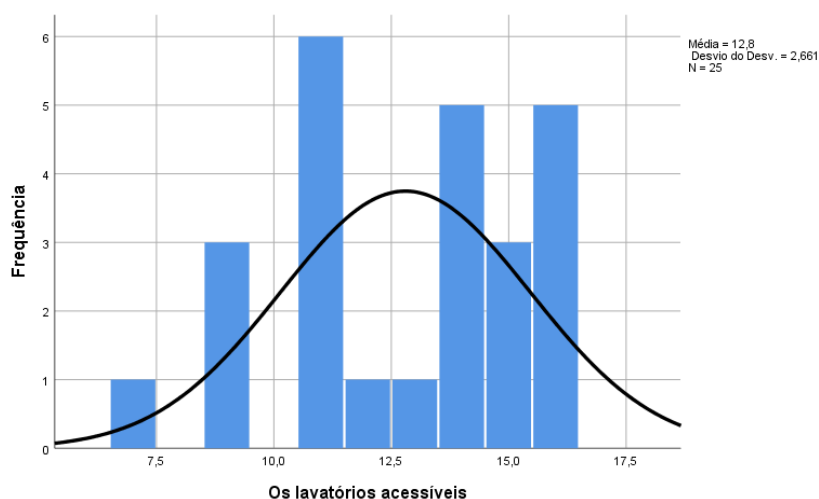


GRÁFICO 10 - Lavatórios Acessíveis

Da análise quantitativa da classificação verifica-se que a variação foi de 7 a 16 sendo a media de 12,8 com um desvio padrão de 2,661. Verificou-se que apenas 5 edifícios 20% obtiveram a pontuação máxima.

- **Os espelhos colocados sobre lavatórios acessíveis**

Espelho é uma superfície que reflete imagens.

Espelhos colocados sobre lavatórios	Não acessível		Acessível só com ajuda		Acessível com dificuldades		Acessível sem dificuldades		Não se aplica	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Se forem fixos na posição vertical, devem estar colocados com a base inferior da superfície refletora a uma altura do piso não superior a 0,9 m.	13	52	0	0	5	20	1	4	6	24
Se tiverem inclinação regulável, devem estar colocados com a base inferior da superfície refletora a uma altura do piso não superior a 1,1 m.	1	4	0	0	1	4	2	8	21	84
O bordo superior da superfície refletora do espelho deve estar a uma altura do piso não inferior a 1,8 m.	9	36	0	0	2	8	9	36	5	20

QUADRO 19 – Espelhos colocados sobre lavatórios

Analisando o quadro 19, referente aos espelhos, podemos concluir que, quando existem espelhos e estes são fixos na posição vertical deveriam estar colocados com a base inferior da superfície refletora a uma altura do piso não superior a 0,9 m, e para esta premissa encontram-se apenas 4% dos espelhos sendo 52% não acessíveis.

Quando estes espelhos são reguláveis num total de 16% destes casos apenas 8% destes são acessíveis sem dificuldade.

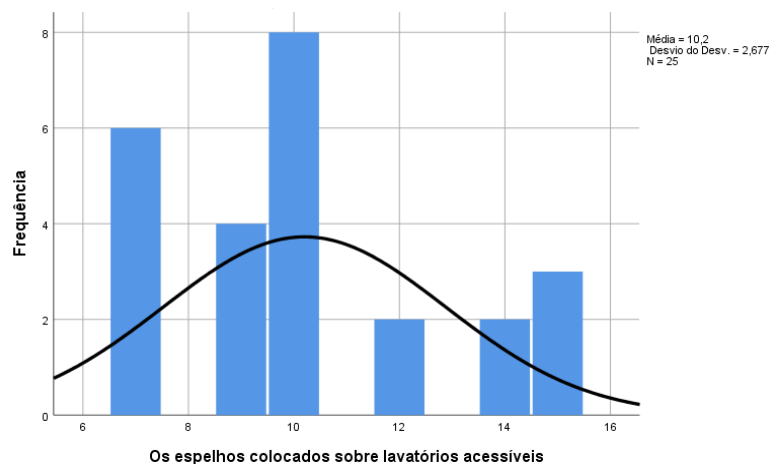


GRÁFICO 11 – Espelhos colocados sobre lavatórios acessíveis

Da análise quantitativa da classificação verifica-se que a variação foi de 7 e 15 sendo a média 10,20 com um desvio padrão de 2,677. Verificou-se que apenas 3 edifícios 12% obtiveram a pontuação máxima.

• Os controlos e mecanismos operáveis

Os controlos e mecanismos operáveis são os controlos da torneira, controlos do escoamento, válvulas de descarga da sanita e os acessórios (suportes de toalhas, saboneteiras, suportes de papel higiénico) dos aparelhos sanitários.

Controlos e mecanismos operáveis	Não acessível		Acessível só com ajuda		Acessível com dificuldades		Acessível sem dificuldades		Não se aplica	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Devem estar dentro das zonas de alcance frontal ou lateral, considerando uma pessoa em cadeira de rodas a utilizar o aparelho e uma pessoa em cadeira de rodas estacionada numa zona livre.	15	60	0	0	1	4	9	36	0	0
Devem poder ser operados por uma mão fechada, oferecer uma resistência mínima e não requerer uma preensão firme nem rodar o pulso;	12	48	1	4	5	20	7	28	0	0
As torneiras devem ser do tipo mono comando e acionadas por alavanca.	16	64	0	0	0	0	9	36	0	0
Os controlos do escoamento devem ser do tipo de alavanca.	16	64	0	0	0	0	9	36	0	0

QUADRO 20 – Controlos e mecanismos operáveis

Em relação ao controlo de mecanismos operáveis, os dados revelam que mais de metade, 60%, encontram-se não acessíveis, no parâmetro que diz que devem estar dentro das zonas de alcance frontal ou lateral.

Dos mecanismos operáveis, para serem operados por uma mão fechada, não oferecendo uma resistência mínima nem requerendo uma preensão firme nem rodar o pulso, observam-se em 48% dos casos.

Em relação às torneiras, há 64% não acessíveis para serem acionadas por alavanca.

Relativamente ao controlo do escoamento verificou-se 64% não são acessíveis, não sendo, portanto, acionadas por alavanca.

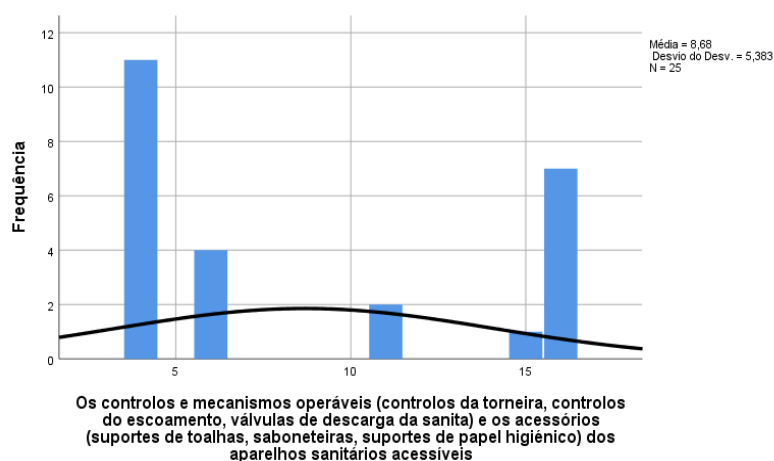


GRÁFICO 12 – Controlos e mecanismos operáveis

Da análise quantitativa da classificação verifica-se que a variação foi de 4 a 16 sendo a média de 8,68 com um desvio padrão de 5,383. Verificou-se que apenas 7 edifícios 28% obtiveram a pontuação máxima.

- **As sanitas acessíveis**

Sanitas são equipamentos, objetos usados para satisfazer as necessidades fisiológicas de eliminação.

As sanitas acessíveis devem satisfazer as seguintes condições:	Não acessível		Acessível só com ajuda		Acessível com dificuldades		Acessível em dificuldades		Não se aplica	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
A altura do piso ao bordo superior do assento da sanita deve ser de 0,45 m, admitindo-se uma tolerância de (mais ou menos) 0,01 m.	3	12	0	0	19	76	3	12	0	0
Devem existir zonas livres de um dos lados e na parte frontal da sanita, para o acesso e a permanência de uma pessoa em cadeira de rodas que deve ter certas dimensões.	14	56	2	8	0	0	9	36	0	0
Quando existir mais de uma sanita, as zonas livres de acesso devem estar posicionadas de lados diferentes, permitindo o acesso lateral pela direita e pela esquerda;	5	20	0	0	0	0	1	4	19	76
Quando for previsível um uso frequente da instalação sanitária por pessoas com mobilidade condicionada, devem existir zonas livres de ambos os lados e na parte frontal para o acesso e a permanência de uma pessoa em cadeira de rodas que deve ter certas dimensões.	19	76	0	0	0	0	6	24	0	0

QUADRO 21 – **Sanitas acessíveis**

Analisando o quadro 21 referente aos parâmetros que nos mostram as premissas necessárias para as sanitas serem acessíveis, concluímos que, a altura do piso ao bordo superior do assento da sanita deveria ser de 0,45 m, verifica-se que 76% dos casos encontra-se acessível com dificuldades.

Em 56% dos casos não existem zonas livres de um dos lados e na parte frontal da sanita, para o acesso e a permanência de uma pessoa em cadeira de rodas.

Dos Edifícios Públicos que preveem o uso de serviços por parte de pessoas com deficiência, 76% destes edifícios não têm sanitas acessíveis de ambos lados.

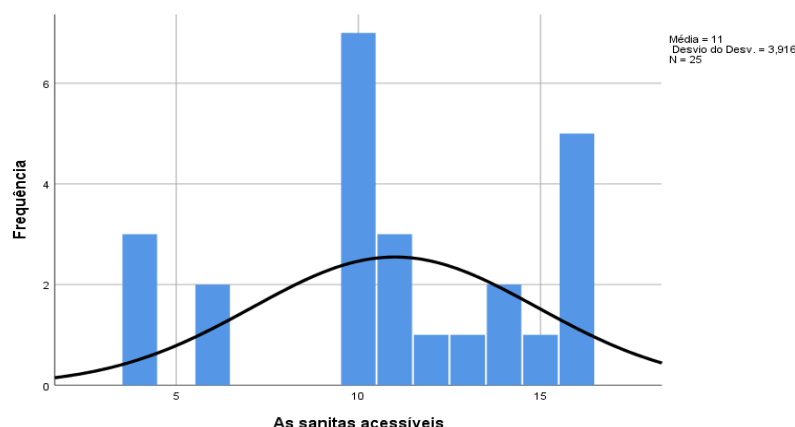


GRÁFICO 13 – Sanitas Acessíveis

Da análise quantitativa da classificação verifica-se que a variação foi de 4 a 16 sendo a media de 11,0 com um desvio padrão de 3,916. Verificou-se que apenas 5 edifícios 20% obtiveram a pontuação máxima.

- As barras de apoio instaladas junto dos aparelhos sanitários acessíveis**

As barras, são equipamentos instalados em locais específicos para ajudar as pessoas com mobilidade condicionada a posicionar e a mobilizarem-se.

Barras de apoio instaladas	Não acessível		Acessível só com ajuda		Acessível com dificuldades		Acessível sem dificuldades		Não se aplica	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
As barras de apoio devem ter um diâmetro ou largura das superfícies de preensão compreendido entre 0,035 m e 0,05 m, ou ter uma forma que proporcione uma superfície de preensão equivalente.	0	0	0	0	2	8	8	32	15	60
Se as barras de apoio estiverem colocados junto de uma parede ou dos suportes, o espaço entre o elemento e qualquer superfície adjacente não deve ser inferior a 0,035 m.	0	0	0	0	0	0	5	20	20	80
Se as barras de apoio estiverem colocados em planos recuados relativamente à face das paredes, a profundidade do recuo não deve ser superior a 0,08m e o espaço livre acima do topo superior do corrimão não deve ser inferior a 0,3 m.	0	0	0	0	0	0	0	0	25	100
As barras de apoio e as paredes adjacentes não devem possuir superfícies abrasivas, extremidades projetadas perigosas ou arestas vivas.	0	0	0	0	0	0	10	40	15	60
Os elementos preênses das barras de apoio não devem rodar dentro dos suportes, ser interrompidos pelos suportes ou outras obstruções ou ter um traçado ou materiais que dificultem ou impeçam o deslizamento da mão.	1	4	0	0	0	0	9	36	15	60
As barras de apoio devem possuir uma resistência mecânica adequada às solicitações previsíveis e devem ser fixos a superfícies rígidas e estáveis.	0	0	0	0	0	0	10	40	15	60

QUADRO 22 – Barras de apoio instaladas

Após a análise dos dados recolhida da observação das casas de banho, mais de metade, 60% dos Edifícios Públicos não estão equipados com barras de apoio no wc. Podemos ainda constatar que dos 10 edifícios equipados com barras no wc, apenas uma casa de banho apresenta condicionante nos elementos preênsos das barras de apoio.

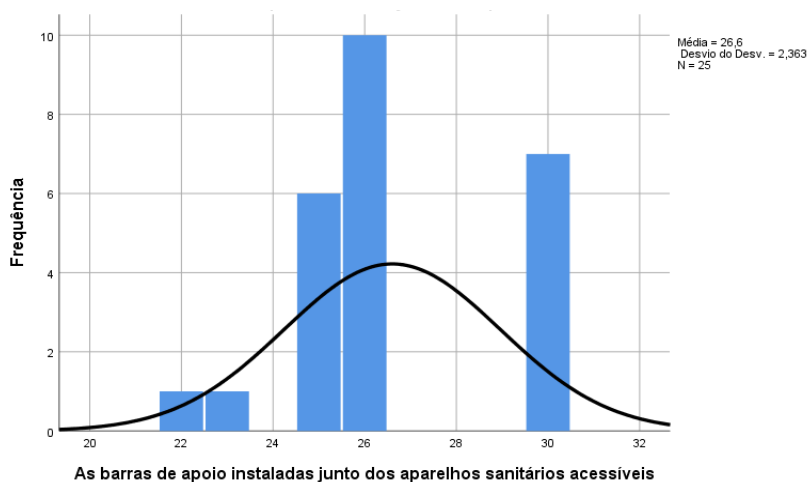


GRÁFICO 14 – Barras de apoio instaladas

Da análise quantitativa da classificação verifica-se que a variação foi de 22 a 30 sendo a media de 26,60 com um desvio padrão de 2,363. Verificou-se que apenas 7 edifícios 28% obtiveram a pontuação máxima.

- **Urinóis acessíveis**

Equipamento existente nas casas de banho, para eliminação urinária por parte do sexo masculino.

Urinóis acessíveis	Não acessível		Acessível só com ajuda		Acessível com dificuldades		Acessível sem dificuldades		Não se aplica	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Devem estar assentes no piso ou fixos nas paredes com uma altura do piso ao seu bordo inferior compreendida entre 0,6 m e 0,65 m.	1	4	0	0	1	4	15	60	8	32
Deve existir uma zona livre de aproximação frontal ao urinol com certas dimensões.	3	12	0	0	4	16	8	32	10	40
Uma zona livre para o acesso e a permanência de uma pessoa em cadeira de rodas deve ter dimensões que satisfaçam o definido em seguida: zona livre deve ter um lado totalmente desobstruído contíguo ou sobreposto a um percurso acessível.	5	20	0	0	0	0	12	48	8	32
Se a zona livre estiver situada num recanto que confina a totalidade ou parte de três dos seus lados numa extensão superior ao indicado, deve existir um espaço de manobra adicional.	3	12	0	0	0	0	0	0	22	88
Se existir comando de acionamento da descarga, o eixo do botão deve estar a uma altura do piso de 1m, admitindo-se uma tolerância de (mais ou menos) 0,02 m.	9	36	0	0	2	8	6	24	8	32
Devem existir barras verticais de apoio, fixadas com um afastamento de 0,3m do eixo do urinol, a uma altura do piso de 0,75 m e com um comprimento não inferior a 0,7m.	17	68	0	0	0	0	0	0	8	32

QUADRO 23 – Urinóis acessíveis

De acordo com o quadro 23, 60% dos urinóis, encontram-se acessível sem dificuldade, ou seja, esta assente no piso ou fixos nas paredes com uma altura do piso ao seu bordo inferior compreendida entre 0,6 m e 0,65 m.

Em 48%, dos casos há uma zona livre para o acesso e a permanência de uma pessoa em cadeira de rodas deve ter dimensões que satisfaçam o definido em seguida: zona livre deve ter um lado totalmente desobstruído contíguo ou sobreposto a um percurso acessível.

No que diz respeito à existência de barras verticais de apoio, fixadas com um afastamento de 0,3m do eixo do urinol, a uma altura do piso de 0,75 m e com um comprimento não inferior a 0,7m, encontramos 68% não estão acessíveis e 32% não existem.

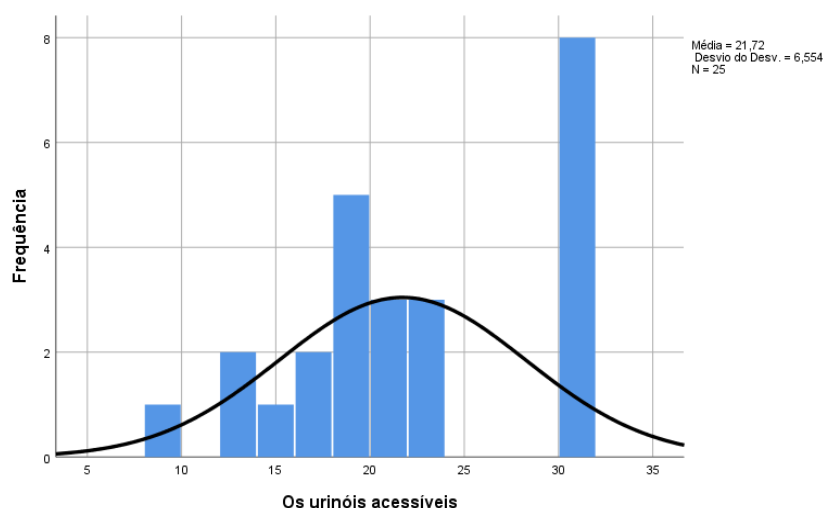


GRÁFICO 15 – Urinóis Acessíveis

Da análise quantitativa da classificação verifica-se que a variação foi de 9 a 30 sendo a media de 21,72 com um desvio padrão de 6,554. Verificou-se que apenas 8 edifícios 32% obtiveram a pontuação máxima.

- **O equipamento de alarme das instalações sanitárias acessíveis**

É um equipamento que permite dar sinal de alerta em caso de necessidade.

Equipamento de alarme	Não acessível		Acessível só com ajuda		Acessível com dificuldades		Acessível Sem dificuldades		Não se aplica	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Deve estar ligado ao sistema de alerta para o exterior.	1	4	0	0	0	0	6	24	18	72
Deve disparar um alerta luminoso e sonoro.	2	8	0	0	0	0	4	16	19	76
Os terminais do equipamento de alarme devem estar indicados para utilização com luz e auto-iluminados para serem vistos no escuro.	1	4	0	0	0	0	5	20	19	76
Os terminais do sistema de aviso podem ser botões de carregar, botões de puxar ou cabos de puxar.	0	0	0	0	0	0	6	24	19	76
Os terminais do sistema de aviso devem estar colocados a uma altura do piso compreendida entre 0,4 m e 0,6 m, e de modo a que possam ser alcançados por uma pessoa na posição deitada no chão após uma queda ou por uma pessoa em cadeira de rodas.	2	8	0	0	1	4	3	12	19	76

QUADRO 24 – Equipamento de alarme

Analisando o equipamento de alarme, verifica-se que em 72% dos casos não há um

equipamento que esteja ligado ao sistema de alerta para o exterior.

Apenas em 8% deles há sistema de alarme ligado ao exterior.

Em relação aos terminais do sistema de aviso colocados nas casas de banho com alarme, verificam-se apenas 12% que estão colocados a uma altura do piso compreendida entre 0,4 m e 0,6 m, e de modo a que possam ser alcançados por uma pessoa na posição deitada no chão após uma queda ou por uma pessoa em cadeira de rodas.

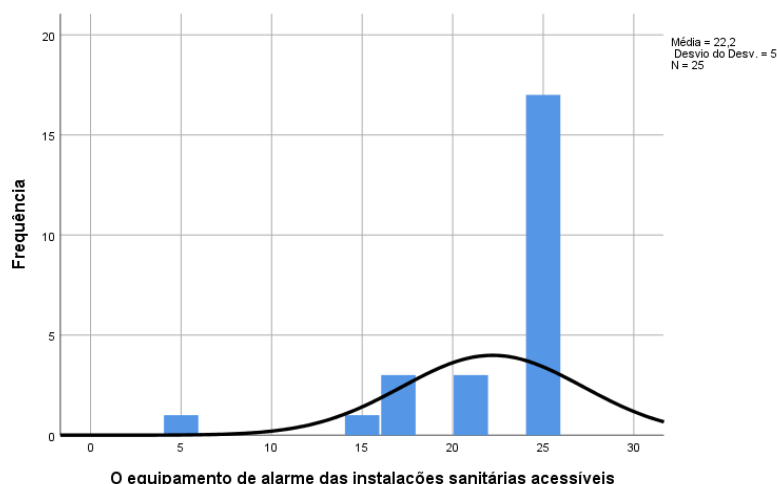


GRÁFICO 16 – Equipamento de alarme das instalações sanitárias acessíveis

Da análise quantitativa da classificação verifica-se que a variação foi de 5 a 25 sendo a média de 22,20 com um desvio padrão de 5. Verificou-se que apenas 17 edifícios 68% obtiveram a pontuação máxima.

Em suma, verificamos que há um longo caminho pela frente, pois nenhum dos edifícios é completamente acessível, estando 48% dos edifícios não acessíveis na entrada ou saída. Verificamos também que na globalidade é possível permanecer e dar uma volta de 360º nos átrios interiores dos edifícios, contudo no seu exterior só se verifica em 84% deles.

Nos guichés de atendimento é possível dirigirmo-nos a eles em 76% dos casos, embora só em 52% deles apresente medidas que não discriminem os idosos e pessoas com deficiência.

Relativamente à zona de permanência em 76% dos casos apresenta-se livre, contudo quando é necessário aceder a balcões prateleiras, mesas a percentagem de acessibilidade diminui.

Os patamares e galerias 68% dos edifícios apresentam larguras superiores a 1,2m. Em relação aos equipamentos que auxiliam à mudança de pisos como as rampas, escadas

elevadores e plataformas, detetamos que só 16% das rampas apresentam corrimões, apenas 16% possuem uma largura de 1,2m e em relação ao revestimento estas não estão consoante o que é preconizado na lei.

Em 68% dos edifícios não existem elevadores, e nos 32% nos quais existem permitem manobras de 360º, contudo só 28% estão completamente acessíveis e desobstruídos.

Em 64% dos edifícios as casas de banho não estão acessíveis. Nenhum edifício público apresenta telefone público.

6. DA REALIDADE ÀS NECESSIDADES DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA PARA PRESPECTIVAR A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO

No final deste estudo estamos capazes de responder às perguntas iniciais, concluímos, que nos Edifícios Públicos do Município de Vila Nova de Famalicão existem barreiras arquitetónicas e há mudanças que devem ser feitas. Assim, como, abre uma janela para alertar o Enfermeiro de Reabilitação para alertar as autoridades locais na integração das pessoas com mobilidade condicionada.

Centremo-nos, separadamente, nas questões de investigação deste estudo: “Será que existem barreiras arquitetónicas no acesso a serviços Públicos no Município de Vila Nova de Famalicão?”, verificamos que no âmbito geral os edifícios não estão preparados para receber pessoas com mobilidade condicionada, não cumprido a legislação em vigor. Dado que vai de encontro ao estudo realizado por Pereira (2018), o qual verificou que em 66,7% dos locais públicos, como por exemplo, as sedes das juntas, os serviços de finanças ou centros de saúde apresentam barreiras arquitetónicas.

Também, um estudo no Porto verificou que há Edificações Públicas e via pública de circulação que não apresentam os requisitos básicos na acessibilidade (Pinho, 2013). Igualmente um estudo realizado por Amaral (2009) nos espaços desportivos do concelho de Sintra, conclui que, dos 81 dos espaços estudados 17 satisfazem pouco, 50 apresentam-se no nível satisfatório, 10 enquadram-se num nível bom e 3 no muito bom. Referindo que os ginásios associativos não têm acompanhado a legislação de acessibilidade.

Num estudo realizado em 2008/2009 no Brasil com uma amostra de 523 pessoas chegou-se à conclusão que 63% dos entrevistados não têm ao seu dispor meios suficientes ou apropriados para se deslocarem das suas residências aos locais de Saúde, ainda no mesmo estudo 41,7% referem que os locais não estão adaptados (Amaral, et al., 2012).

Já os resultados de um estudo realizado na cidade de Fortaleza (2008), apresentam uma percentagem mais baixa, 28,6% negam acessibilidades nos espaços públicos (Jardim, 2014).

Assim, como, no estudo da Deco (2015) 27% da população estudada/inquirida com deficiência que refere dificuldade em aceder ao local de trabalho. Este estudo concluiu, também, que 1/3 dos inquiridos refere que podem ser inacessíveis as paragens de autocarro e o interior de veículos.

No nosso estudo, 48% dos edifícios não se encontram a cumprir a legislação para a acessíveis na entrada ou saída dos Edifícios Públicos. Igualmente no estudo realizado por Amaral (2009), constatou a inexistência de rampas acessíveis em alternativa a 1 ou 2 degraus para a entrada dos edifícios. Também, o estudo realizado por Nascimento (2012), refere que o Pavilhão de Matemática e o Pavilhão de Física, não permitem o acesso a deficientes motores pelas respetivas entradas principais.

Assim, os resultados do presente estudo, também, vão de encontro ao estudo feito no Funchal, no qual foram identificadas barreiras físicas ao nível do acesso exterior ao edifício, entradas, saídas e ruas no centro histórico da cidade (Jardim, 2014).

No nosso estudo ao que se refere à globalidade é possível permanecer e dar uma volta de 360º nos átrios interiores dos edifícios, contudo no seu exterior só se verifica em 84% deles. De acordo com o Decreto – Lei n. 163/2006 de Agosto no exterior dos edifícios deve ser possível realizar uma manobra de 360º, assim como, no interior dos edifícios, ou seja deve ter 1,5 m para girar e executar uma rotação de 360º.

Em relação aos balcões e guichés de atendimento é possível dirigirem-se a eles em 76% dos casos embora só em 52% deles apresente medidas que não discriminem os idosos e pessoas com deficiência. Também, no estudo realizado por Novo (2015), foram verificados que os balcões da receção de atendimento nas bibliotecas Municipais de Lisboa, encontrava-se elevado e não apresentava zona rebaixada, não estando acessível a pessoas com mobilidade condicionada.

No que consta à zona de permanência em 76% dos casos apresenta-se livre, contudo quando é necessário aceder a balcões prateleiras, mesas a percentagem de acessibilidade diminui. Também, o estudo realizado por Jardim (2014), constatou que a maioria dos edifícios analisados tinham algum tipo de barreira arquitetónica, urbanística ou móvel. Sendo 57% acessíveis à circulação em cadeiras de rodas e 43% encontram-se inacessíveis à cadeira de rodas.

Nos patamares e galerias 68% dos edifícios apresentam larguras superiores a 1,2m. Em

relação aos equipamentos que auxiliam à mudança de pisos como as rampas, escadas elevadores e plataformas, detetamos que só 16% das rampas apresentam corrimões, apenas 16% possuem uma largura de 1,2m e em relação ao revestimento estas não estão consoante o que é preconizado na lei. Estes dados vão de encontro ao estudo realizado por Sousa em 2012 e 2016 em Unidades Básicas de Saúde de Imperatriz, que destaca a ausência de corrimão em rampa e acesso em todos os edifícios avaliados em 2012. Ainda, no estudo realizado na faculdade de Direito da Universidade Federal da Bahia é referido que há falta de rampas no estacionamento (Araújo, 2015).

No nosso estudo, em 68% dos edifícios não existem elevadores, e os 32% nos quais existem permite manobras de 360º, contudo só 28% estão completamente acessíveis e desobstruídos. A inacessibilidade nos elevadores é confrontada com o estudo realizado na faculdade de Direito da Universidade Federal da Bahia, que conclui que os elevadores eram acessíveis (Araújo, 2015).

No nosso estudo 64% dos edifícios tem casas de banho não estão acessíveis, assim como no estudo realizado por Sousa em 2012 e 2016 em Unidades Básicas de Saúde de Imperatriz, em relação à acessibilidade interna apenas 5,6% apresentava casa de banho adaptada em 2012 e 16,7% em 2016, também, se verificou que o espaço estava inadequado em 25% dos casos em 2012. Já no estudo realizado por Araújo, (2015) na mesma faculdade, casas de banho eram acessíveis.

Ao longo da análise, deparamo-nos com algumas discrepâncias entre a realidade e a legislação em vigor há necessidade de eliminar todos os obstáculos e barreiras arquitetónicas existentes. Wagner et al (2010), realizaram um estudo numa comunidade da periferia de Porto Alegre: *“A percepção de pessoas com deficiência, cuidadores e membros da comunidade sobre a acessibilidade no seu território”*. Os resultados demonstraram que há uma grande preocupação dos participantes com as suas necessidades básicas não serem satisfeitas, foram encontrados alguns fatores que acentuam a exclusão social e a sua autonomia.

No estudo realizado por Pereira, (2018), pôde concluir que 95,2% dos presidentes de junta referiram ter realizado alguma intervenção para a eliminação de barreiras arquitetónicas durante o seu mandato. Apesar dessas intervenções e da legislação em vigor, ainda se verifica um longo caminho a percorrer. Julgamos que este estudo possa ser uma mais-valia para a mudança, uma vez que foram detetadas barreiras físicas.

Acreditamos que a amostra escolhida dos edifícios desta cidade seja a realidade de outros Edifícios Público/Privados tanto desta cidade como de outras cidades de Portugal.

O Enfermeiro de Reabilitação, por ter uma visão abrangente do contexto pessoa/ ambiente/ saúde, poderá e deverá ter uma posição proactiva, capaz de ajudar na adaptação necessária no ambiente para promover a maior autonomia possível, o que nos leva a questionar, o trabalho que os enfermeiros que têm realizado na integração das pessoas com mobilidade condicionada face à existência de tantas dificuldades expressas pela observação realizada neste estudo.

O envelhecimento e crescente longevidade das pessoas idosas associa-se um risco de incapacidade funcional. Cabe ao enfermeiro junto do idoso/família/cuidador diminuir e compensar as limitações inerentes à idade, ajudar o idoso com a debilidade da velhice, melhorar a qualidade de vida, melhorar a autonomia e desta forma termos ganhos na saúde. Pode ainda trabalhar com o poder local para a realização de programas para o envelhecimento ativo. Segue a figura 56 síntese acercadas competências do EEER.

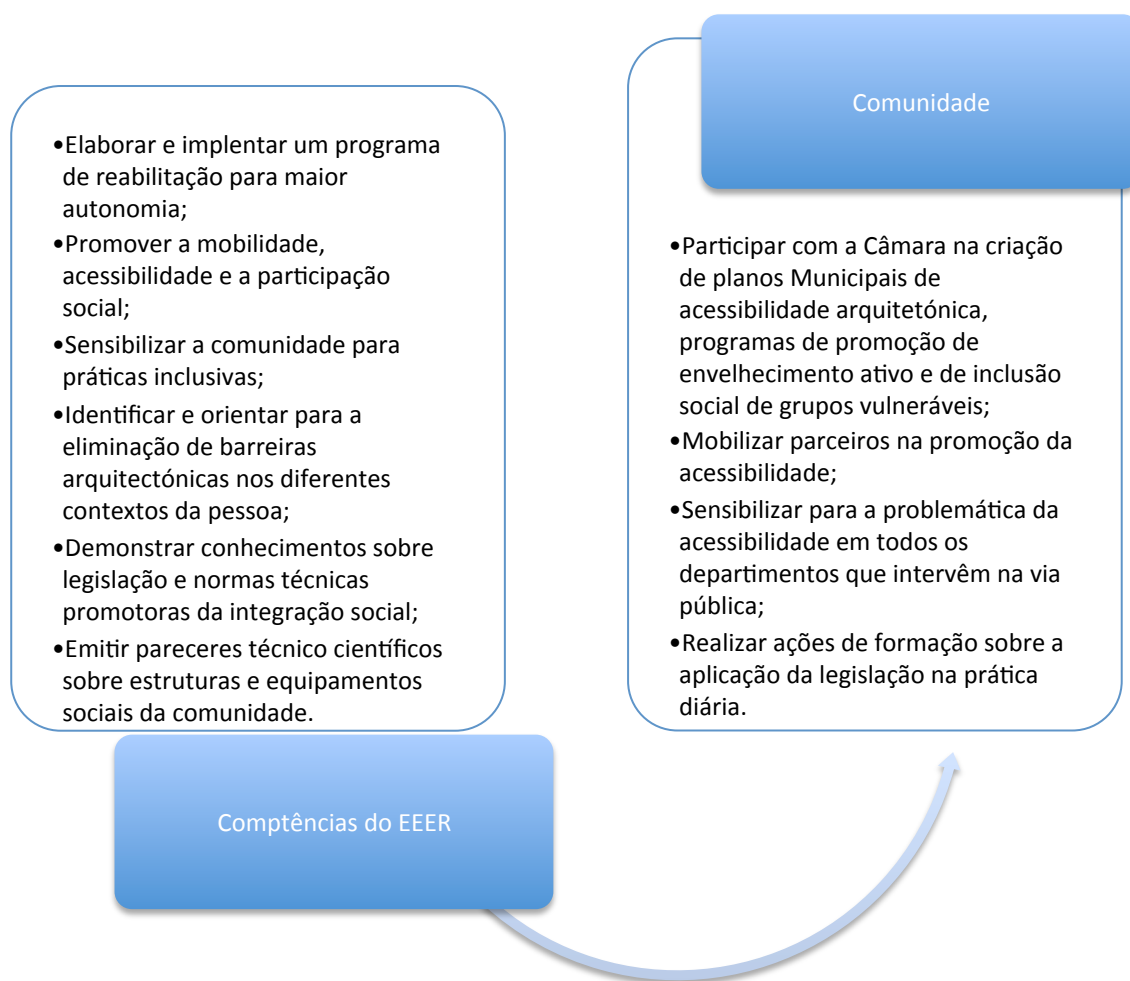


FIGURA 56 – Competências do EEER e o contributo para ambientes inclusivos
Fonte: adaptado Papel do/a EEER para autarquias inclusivas, Pereira, R. (2018)

Em síntese, o estudo das barreiras arquitetónicas é apenas uma parte do problema que se coloca, em seguida é dar respostas efetivas para a satisfação dos direitos das pessoas que está previsto na legislação em vigor no momento deste estudo.

Como EEER reconheço que há um grande trajeto a percorrer no que consta as reais necessidades deste grupo de pessoas, pois o que está preconizado na lei não está a ser colocado em prática.

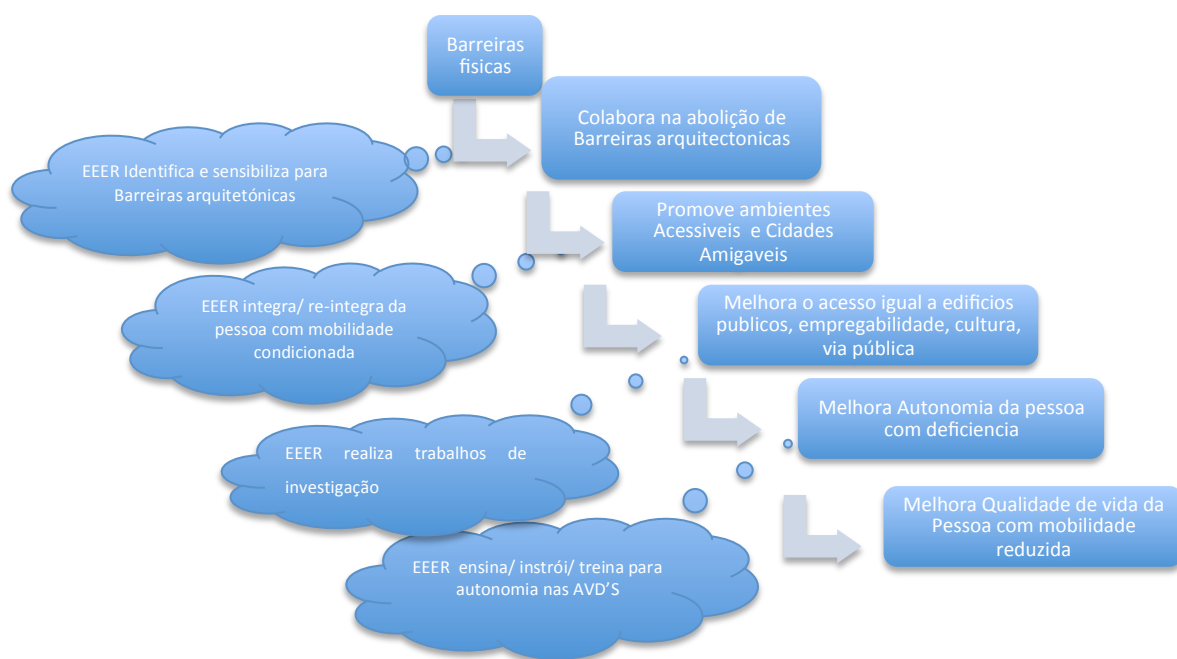


FIGURA 57 – Síntese da função do EEER na abolição de barreiras arquitectónicas e melhorar a qualidade de vida dos cidadãos

Como cidadã e como EEER tenho o dever de “*Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.*” (regulamento n.º 125/2011 no artigo n.º 4 e na alínea b). Os governantes não podem negligenciar as pessoas com deficiência quer no âmbito da saúde, da reabilitação, empregabilidade, educação, acesso aos meios e edifícios públicos.

De acordo com o estudo realizado por Pereira (2018), após a investigação verificou-se que os presidentes de Junta davam importância à eliminação de barreiras arquitetónicas, para uma adequação de rampas, escadas, locais de estacionamento próprios, acesso a espaço verdes e a bens e serviços. De acordo com o mesmo estudo constata-se que 57,1% dos presidentes de junta consideram extremamente importante a eliminação de barreiras arquitetónicas para pessoas com mobilidade condicionada.

É nossa obrigação moral remover barreiras à participação cívica dos cidadãos com mobilidade condicionada, assim como disponibilizar meios financeiros e económicos para a abolição de barreiras físicas, só dessa forma podemos proporcionar condições de igualdade. A câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão pode, após o levantamento destes dados, corrigir, modificar situações menos vantajosas para as pessoas com mobilidade condicionada.

CONCLUSÃO

A enfermagem preconiza uma prestação de cuidados holísticos e de qualidade aos utentes, cuidados esses que podem integrar a prevenção, a promoção de atividades da saúde, o tratamento de doenças e reabilitação (Alves, 2012).

A atuação de enfermagem deve assentar sobre a promoção do envelhecimento ativo, na promoção de ambientes facilitadores de autonomia e independência. O enfermeiro identifica a necessidade do cuidado, seja do idoso, da pessoa com deficiência, do cuidador, estabelece prioridades no cuidado, formula diagnósticos de enfermagem, planeia e executa intervenções de enfermagem dirigidas e personalizadas.

Os cuidados de enfermagem de reabilitação, têm vindo a ter maior visibilidade em Portugal e têm um papel importante no seio da comunidade. Um dos grandes objetivos de enfermagem de reabilitação é melhorar a autonomia para as AVD's da pessoa com limitações, pelo que pode intervir no trinómio pessoa/domicílio/comunidade permitindo o exercício da cidadania, mas também a participação social o que exige um edificado acessível.

O estudo compreendeu a identificação das principais barreiras físicas nos Edifícios Públicos, imprescindível para o desenvolvimento de propostas de sistematização e correção do existente, e foi realizado através de um levantamento fotográfico e análise quantitativa após o preenchimento de uma grelha de avaliação realizada de acordo com o decreto-lei n.º 125/2017, o que permite a caracterização das condições de acesso aos edifícios para pessoas com mobilidade condicionada, no olhar de uma enfermeira de reabilitação.

Verificou-se que os Edifícios de Vila Nova de Famalicão necessitam de reajustes para dar resposta ao decreto-lei n.º 125/2017, mas estamos confiantes que este trabalho é um início para tornar Vila Nova de Famalicão um Município inclusivo e amigo das pessoas com mobilidade condicionada.

Durante a realização deste trabalho, esteve sempre em mente a capacidade e a voz ativa que um enfermeiro de reabilitação pode ter como perito na vida quotidiana das pessoas. Em causa estão os cuidados de enfermagem diretos como também os cuidados que podemos prestar no seio comunitário aos nossos idosos e as pessoas com deficiência.

O enfermeiro de reabilitação tem de ser um elo de ligação entre as pessoas com mobilidade condicionada e o seio comunitário como podemos informar, incentivar para uma vida ativa e saudável, mas também, na transformação do meio de forma a ser mais inclusivo.

É útil registar como aspeto facilitadores do processo de pesquisa, o facto da câmara de Vila Nova de Famalicão ter abraçado esta ideia, e com essa posição ter nos facultado o listado dos Edifícios Públicos e ter agrupado os edifícios de forma a não sobrepor informações além de preparar e acompanhar a observação nos edifícios.

As limitações do estudo estão ligadas à inexperiência como investigadora.

Os resultados obtidos foram cedidos ao Município estudado, para posterior observação, análise e procura de medidas alternativas para a correção, prevenção dos problemas detetados. Com vista à acessibilidade por parte de todos ao acesso às instalações, aos Edifícios Públicos, sem que haja discriminações e barreiras físicas.

Através de trabalhos de sensibilização, capacitação de profissionais, elaboração de projetos e divulgação dos mesmos é possível alterar a visão social e das autoridades para a promoção da inclusão social.

Face aos achados fica a sugestão para que se alargue o estudo e a análise a novas cidades. Acredito que a sensibilização da comunidade e das autoridades competentes, seja a chave para a mudança.

Acreditamos que o parecer de enfermagem de reabilitação na correção da edificada para a tornar mais inclusiva seria uma mais-valia para a população com mobilidade condicionada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ABREU, Wilson. *Saúde Doença e Diversidade Cultural*. Instituto Piaget, Lisboa. 2003.
- ALMEIDA, J.N et al. Barreiras Arquitetônicas no Acesso a Serviços Públicos. In ROCHA, Ana. *Ciência, Saúde e Inovação: Investigação aplicada em Saúde Ambiental*. Coimbra: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, 2008. pp. 7-23
- AMARAL, Fabienne, et al, Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente da mobilidade ao SUS. *Ciência e Saúde Colectiva*. Julho 2012, Vol.17, n.7, 1833-1840, [Consult. 2017-11-16]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/630/63023392022.pdf>
- ANDRADE, Catarina. *A qualidade da acessibilidade nas Instalações Desportivas*. [Em Linha] 2009 [Consult. 2019-01-10]. Disponível em: https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/552/1/CatarinaAndrade_Mestrado.pdf
- ARAUJO, Eliece, *Acessibilidade e Inclusão de pessoas com deficiência na faculdade de direito da UFBA*. [Em Linha] Salvador: 2015. [Consult. 2017-11-30]. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/20772/1/DISSERTAÇÃO-ELIECE%20HELENA%20SANTOS%20ARAUJO%202.pdf>
- Associação Portuguesa de Deficientes. [Em Linha] 2019. [Consult. 2017-11-27]. Disponível em <http://www.apd.org.pt/index.php/noticias>
- Biblioteca Camilo Castelo Branco . [Em Linha] 2016. [Consult. 2018-05-9]. Disponível em <http://www.bibliotecacamilocastelobranco.org/?co=0&tp=5&cop=0&LG=0&mop=5&it=contact>
- BORGES, Juliana. *Avaliação da medida de independência funcional –Escala MIF- e da percepção da qualidade de serviço – Escala Servqual – em cirurgia cardíaca*. 2006 [Consult. 2018-12-1]. Disponível em: Botucatu https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/99907/borges_jbc_dr_botfm.pdf?sequence=1
- BRITO, Maria. *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado: Uma teoria explicativa*. Universidade Católica Portuguesa do Porto. 2012. Tese de Mestrado
- Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão. [Em Linha] 2018 [Consult. 2018-05-9]. Disponível em: http://www.cm-vnfamalicao.pt/policia_municipal_inaugura_novas_instalacoes
- Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão. [Em Linha] 2018 [Consult. 2018-05-9]. Disponível em: http://www.parquedadevesa.com/_hortas_urbanas_apresentacao

- CARDOSO, Tatiana. *Unidade de Cuidados na comunidade e promoção da saúde do idoso* – enfermeiro de reabilitação. ESEP do Porto. 2016. Tese de Mestrado
- CRAIG, Jean, SMYTH, Rosalind – *Prática Baseada na Evidência, Manual para Enfermeiros*. Lusociência, Loures. 2002
- Constituição da República Portuguesa, Assembleia da República [Consult. 2017-11-16]. Disponível em: <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>
- CARVALHIDO, Teresa e PONTES, Manuela. Reabilitação domiciliar em pessoas que sofrem um acidente vascular cerebral. [Em Linha] *Revista da Faculdade de Ciências do Porto*: Edições Universidade de Fernando Pessoa. 2018 [Consult. 2018-01-8]. Disponível em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1278/2/140-150_FCS_06_-23.pdf
- Casa da Juventude. 2019 [Consult. 2018-05-9]. Disponível em <http://www.juventudefamalicao.org>
- CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA. 2005. [Consult. 2017-10-23]. Disponível em <http://www.parlamento.pt/legislacao/documents/constpt2005.pdf>
- DECRETO-LEI n.º163/2006. D.R.E. I Série – N.º 152 (08 de Agosto de 2006) pp. 5670-5689
- DECRETO-LEI N.º 161/96. D.R.E. I Série –A. N.º 205 (1996-09-04), pp. 2959-2962.
- DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. D.R.E. [Consult. 2018-09-1]. Disponível em <https://dre.pt/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>
- Deficiente on line, 2018 [Consult. 2018-12-7]. Disponível em: http://www.deficienteonline.com.br/deficiencia-fisica-tipos-e-definicoes_12.html
- Direção Geral da Saúde. *Plano Nacional da Saúde. Revisão e extensão a 2020*. Lisboa, DGS, 2016. [Consult. 2019-01-6]. Disponível em <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/saude-do-idoso.aspx>
- Direção Geral da Saúde. *Plano Nacional da Saúde 2012-2016- Versão Resumo*. Lisboa, DGS, 2013
- DIOGO, Maria, 2000 O Papel da Enfermeira na Reabilitação do Idoso [Em linha]. Rev. Latino-am. Enfermagem – Ribeirão Preto – v. 8 – n 1-p 75-81 [Consult. 2018-01- 8]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n1/12437>
- Escola Superior de Enfermagem do Porto, (ESEP). *Famalicão sem Barreiras*. 2019 [Consult. 2018-09-1]. Disponível em <http://www.esenf.pt/pt/noticias/famalicao-sem-barreiras/>
- FERREIRA, S. *O envolvimento da família no Hospital: Perspectivas dos Enfermeiros Generalistas e dos enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação*. ESEP do Porto. 2015. Tese de Mestrado
- FJERSTAD, Tom, *Reasons and Remarks*, [Consult. 2017-11-9]. Disponível em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=b325ec72-d404-4b6a-961f-a2c5fd15bb28%40sessionmgr4006>
- FONTES, Ana. *Funcionalidade e incapacidade: Conceptualização, Estrutura e*

Aplicabilidade da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Lusodidacta. Loures. 2014

- FONTES, A. *Acessibilidade Pedonal em Espaço Público Exterior – Requalificação do Espaço Urbano de Guimarães* [Consult. 2017-11-16]. Disponível em https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/23493/1/Paper588_12-38-59.pdf
- FORTIN, Marie. *O processo de Investigação da Conceção à Realização*. Lusoditata. 1999
- FORTIN, M., GRENIER, R. e NADEAU, M. *O processo de Investigação: Da concepção à Realização*. Lusociência. Loures. 2003
- GALVÃO, C.; SAWADA, N.; ROSSI, L. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para a sua implementação na enfermagem perioperatória. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. [Em linha]. Setembro – Outubro 2008, Vol. 10, pp. 690-695. [Consult. 10 Nov. 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n5/v10n5a10.pdf>
- GARCIA, Telma. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*, CIPE. Artmed, Porto Alegre. 2015
- GEORGE, Julia. *Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional*. Artmed, Porto Alegre. 2000
- GOMES, J.; MARTINS, M.; GONÇALVES, M.; FERNANDES, C. Enfermagem de Reabilitação: percurso para a avaliação de qualidade em unidades de internamento. *Revista de Enfermagem Referência* [Em linha] Dezembro 2012; III Série, nº8, pp.29-38 [Consult. 06 Novembro de 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIln8/serIIIln8a03.pdf>
- GOMES, Bárbara e MARTINS, Manuela. Funcionalidade, autonomia e dependência. In MARTINS, TERESA et al – *A pessoa dependente & o Familiar Cuidador*. Porto: Esenf, 2016, cap. 2;
- GABINETE DE PROMOÇÃO do Programa Quadro de I&DT (GPPQ), 2018, [Consult. 2017-11-9]. Disponível em <https://www.gppq.fct.pt/h2020/index.php>
- GUEDES, Sara. *Cuidar de idosos com dependência em contexto domiciliário: necessidades formativas dos familiares cuidadores*. ESEP do Porto. Tese de Mestrado. 2011
- GUGEL, Maria et al. Manual: *A inserção da pessoa portadora de deficiência e do beneficiário reabilitado no mercado de trabalho*; MPT/Comissão de Estudos para inserção da pessoa portadora de deficiência no mercado de trabalho. Brasília. 2001./DF [Consult. 2017-11-9]. Disponível em http://www.pgt.mpt.gov.br/publicações/manual_ppd.pdf
- HUGHES Rhidian, It is society that disables a person, not their impairment. 2014 [Consult. 2017-11-9]. Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=25&sid=64d5b18b-8e2b-4647-94d1-424f94afa56c%40sessionmgr120>
- Instituto de Compromisso com o Desenvolvimento humano [Consult. 2017-11-14]. Disponível em <http://www.icdh.org.br/novo/>

- Instituto da Mobilidade e dos Transportes Terrestres, 2011 [Consult. 2017-11-16]. Disponível em http://server109.webhostingbuzz.com/~transpor/conferenciamobilidade/pacmob/rede_pedonal/Rede_Pedonal_Principios_de_Planeamento_%20e_Desenho_Marco2011.pdf
- INE, Instituto Nacional de Estatística, 2012, [Consult. 2018-03-15]. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0006377&contexto=bd&selTab=tab2
- Instituto Nacional para a Reabilitação [Consult. 2018-03-15]. Disponível em <http://www.inr.pt/content/1/1187/convencao-sobre-os-direitos-das-pessoas-com-deficiencia>
- Instituto Nacional de Reabilitação. *Regime Jurídico da prevenção, habitação, reabilitação e participação da pessoa com deficiência*. [Consult. 2017-11-27]. Disponível em http://www.inr.pt/bibliopac/diplomas/lei_38_2004.htm
- JARDIM, Maria. *Condições de Acessibilidade no espaço Público: O caso do centro histórico da cidade do Funchal*. Técnico Lisboa. 2014. Tese de Mestrado
- JUNIOR, Renato. et al. Estudo da acessibilidade de idosos ao centro da cidade de Caratinga. [Em Linha] *Revista Bras. Gerontol., Rio de Janeiro* 2013. n.16 [Consult. 2018-12-04]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v16n3/v16n3a12>
- KAMIYAMA, Yoriko. *Teorias de enfermagem- conferência internacional São Paulo*, pp. 199-2017, 1984, [Consult. 2018-09-01]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v18n3/0080-6234-reeusp-18-3-199.pdf>
- Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência : Lei n.º 9/89 de 2 de Maio [Consult. 2017-11-27]. Disponível em <https://infoeuropa.euroid.pt/registo/000033932/>
- LEININGER, M. *Transcultural Nursing, concepts, Theories, Research & Practices*. 2ª ed. EUA: copyright, 1995.
- MACIEL, Maria. Portadores de Deficiência a questão da inclusão social. [Em linha] *Scielo*. Abril/ Junho 2000, vol.14, n.º 2 [Consult. 2017-10-23]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392000000200008
- MAIA, Joviane et al. *Habilidades sociais de pessoas com deficiência visual*, 2008.
- MARTINS, Carla. *Manual de Análise de Dados Quantitativos com recursos ao IBM SPSS, Psquilíbrios* Edições, Braga, 2011.
- MAIOR, Izabel. *História, conceitos e tipos de deficiência Cidade*. 2017. [Consult. 2017-11-27]. Disponível em <http://violenciaedeficiencia.sedpcd.sp.gov.br/pdf/textosApoio/Texto1.pdf>
- MAIOR, Izabel. Movimento Político das pessoas com deficiência: reflexões sobre conquista de direitos. [Em linha] *Inc. Soc. Brasília*. Março 2017, vol.10 n.2, p.28-36. 2017. Consult. 2018-09-01]. Disponível em <http://revista.ibict.br/inclusao/article/viewFile/4029/3365>
- MANN, Luana, et al. Alterações biomecânicas durante o período gestacional: uma revisão. [Em linha]. *Scielo* 2010. [Consult. 2019-01-6]. Disponível em

<http://www.scielo.br/pdf/motriz/v16n3/a22v16n3.pdf>

- Ministério da Saúde. *As Cartas da promoção da Saúde*. 2002. [Consult. 2018-09-01]. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf
- MORAIS, Carlos. *Matrizes conceptuais dos enfermeiros no cuidar da pessoa em situações crítica: uma abordagem fenomenológica da intencionalidade dos cuidados*. Coimbra. 2012. Tese de Mestrado
- MORAIS, Fernando. A importância da Acessibilidade na Cidade. [Consult. 2017-10-23]. Disponível em https://semanaacademica.org.br/system/files/artigos/artigo_33.pdf
- NASCIMENTO, Rita. *Acessibilidade no espaço construído: do contexto ao utilizador*. Técnico Universidade Lisboa. 2012. Tese de Mestrado.
- NAÇÕES UNIDAS. *População Mundial deve atingir 9,6 bilhões em 2050, diz novo relatório da ONU*. 2013. [Consult. 2018-6-1]. Disponível em <https://nacoesunidas.org/populacao-mundial-deve-atingir-96-bilhoes-em-2050-diz-novo-relatorio-da-onu/>
- NOVO, Ana (2015). “Projeto Acessibilidades” em 15 Bibliotecas Municipais de Lisboa: principais conclusões. [Em linha] *Cadernos BAD*, 2015 pp. 163-176. Consult. 2019-01-10]. Disponível em https://www.bad.pt/publicacoes/index.php/cadernos/article/viewFile/1232/pdf_10
- OMS. *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. 2015. [Consult. 2017-11-9]. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Guia Global: Cidade amiga do idoso*. 2008,. [Consult. 2018-6-1]. Disponível em <http://www.who.int/ageing/GuiaAFCPortuguese.pdf>
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório Mundial Sobre a Deficiência*. 2011 [Consult. 2017-11-28]. Disponível em http://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/usr/share/documents/RELATORIO_MUNDIAL_COMPLETO.pdf
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Código deontológico 2011* [Consult. 2017-10-22]. Disponível em : http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Percurso e programa Formativo para a especialidade de enfermagem de reabilitação*. [Em linha] Novembro 2010, pp.2 [Consult. 2017-10-22]. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Percurso_Programa_Formativo_EER.pdf
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação* [em linha] Novembro 2010, pp.2 [Consult. 2017-10-22]. Disponível em : http://www.aesop-enfermeiros.org/up/ficheiros-bin2_ficheiro_pt_0418650001435324640-332.pdf

- ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. 2010 [Consult. 2017-10-10]. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- PADKAPAYEVA, Kathy. *Workplace accommodations for persons with physical disabilities: evidence synthesis of the peer-reviewed literature*. 2016. [Consult. 2017-11-9]. Disponível em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=10&sid=b325ec72-d404-4b6a-961f-a2c5fd15bb28%40sessionmgr4006&bdata=Jmxhbm9cHQtYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=124394726&db=ccm>
- PEGGY, C. F. e AGNES, M. *Dorothea E. Orem* In George, J. B. e Colaboradores. *Teorias de Enfermagem. Os Fundamentos à Prática Profissional*. Porto Alegre: Artemed. 2000 cap.7.
- PEREIRA, Rute. *Autarquias Inclusivas? O/a enfermeiro/a de reabilitação na eliminação de barreiras arquitetónicas*. ESEP. Porto, 2018. Tese de Mestrado.
- PINA, Leonardo. Sociedade Inclusiva: a face aparente do capitalismo em uma nova fase. [Em linha] *Revista Digital do Paideia*, volume 2, nº8, Abril-Setembro 2010; pp.127-149.
- PINHO, Ana. *A percepção de Pessoas com deficiência relativamente à Acessibilidade e mobilidade em Espaços Públicos Urbanos: Estudo desenvolvimento nas cidades do Porto e de Fortaleza*. Faculdade de Desporto Universidade do Porto. Porto, 2013. Tese de Mestrado.
- PINTO, Teresa. *Cidades Amigas de Pessoas Idosas*. Associação Vida, DGS e Fundação Caloust Gulbeinkian. 2012
- PEDROW, Brian. *DOJ Update of ADA Regulations on Public Accommodations*, 2010 [Consult. 2017-11-9]. Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=64d5b18b-8e2b-4647-94d1-424f94afa56c%40sessionmgr120>
- Portada, Base de dados Portugal Contemporâneo [Consult. 2017-11-13]. Disponível em <http://www.pordata.pt/Home>
- RIBEIRO, Marcelo. *Orientação Funcional para a utilização da MIF*. 2013 [Consult. 2018-09-10]. Disponível <https://toneurologiaufpr.files.wordpress.com/2013/03/manual-mif.pdf>
- RICCI, Natalia, et al *Evolução da independência funcional de idosos atendidos em programa de assistência domiciliária pela óptica do cuidador*. [Em linha] *Acta Fisiatr*. 2006 p 26-31. [Consult. 2018-01-8]. Disponível em https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&ved=2ahUKEwj_9J_M-Z_dAhUDCRoKHdEKA6QQFjAFegQIBhAC&url=https%3A%2F%2Fwww.revistas.usp.br%2Ffactafisiatrica%2Farticle%2Fdownload%2F102572%2F100852&usg=AOvVaw2WAF2Kz43hYk-yCn1V5wTY
- RODRIGUES, João. *Enfermagem de Reabilitação na Comunidade: Contributos para a Autonomia da Pessoa com Limitações*. Escola Superior de Santarém. 2012. Tese de

Mestrado.

- RODRIGUES, Flavia. *Declínio Cognitivo na senescência e repercussões no context Familiar*. 2014 [Consult. 2019-1-10]. Disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0383.pdf>
- ROVIRA-BELETA, Enrique e FOLCH, Ana. *Descripción de la Guía. Guia de la Barcelona accessible*. 2007 [Consult. 2017-11-1]. Disponível em <http://www.vienaeditorial.com/barcelonaaccessible/index.htm>.
- SASSAKI, Romeu. *Inclusão: Acessibilidade no lazer no trabalho e educação [em linha] Revista nacional de Reabilitação (Reação)*, São Paulo, Ano XII, MAR./ABRIL.2009, p. 10-16 [Consult. 2017-11-16]. Disponível em https://acessibilidade.ufg.br/up/211/o/SASSAKI_-_Acessibilidade.pdf?1473203319
- Secretariado Nacional de Reabilitação e Integração de Pessoas com Deficiência. *Acessibilidade e Mobilidade para Todos*. Porto. 2006. Consult. 2017-11-15]. Disponível em: <http://www.inr.pt/uploads/docs/acessibilidade/GuiaAcessEmobi.pdf>
- SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE. *Estratégia Nacional para o Envelhecimento ativo e Saudável 2017-2015*. 2016, [Consult. 2018-11-1]. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- SILVA, et al. *Estresse e sofrimento vivenciado por enfermeiros no processo do cuidado com pacientes idosos*. 2016 [Consult. 2018-12-1]. Disponível em http://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais_simposio/arquivos_up/documentos/artigos/e444be0087b9603e432de574ee0a687d.pdf
- SIMONELLI, Angela et al. *Proposta de Articulação entre abordagens metodológicas para melhoria do processo de reabilitação profissional*. 2010 [Consult. 2018-11-1]. Disponível em <http://www.redalyc.org/html/1005/100513733008/>
- SOUSA, Iomar. *Acessibilidade para Usuários com Deficiência nas Unidades Básicas de Saúde de Imperatriz*. 2016.
- VALE, E. e PAGLÍUCA, L. *Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação*. [Em linha] *Revista Brasileira de Enfermagem* Vol. 64 (Janeiro/ Fevereiro 2011), pp. 228-238 [Consult. 2016-09-26]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100016.
- VICTOR, André e HOSTMAELINGEN. *Direitos das pessoas com Deficiência*. Edições Sílabo. Lisboa. 2017.
- WAGNER, Luciane et al. *Acessibilidade de pessoas com deficiência: o olhar de uma comunidade da periferia de Porto Alegre* [Em linha] *Ciência em Movimento* / 10/2010, vol.12 n.º 23 [Consult. 2017-10-23]. Disponível em <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ipa/index.php/RS/article/viewFile/94/58>
- WHO. *The Ottawa Charter for Health Promotion* Consult. [2018-12-10]. Disponível em <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- WOLNIAK, Radoslaw. *The Analysis of Architectural barriers in pszczyna municipal office from disable person point of view* 2016. [Consult. 2017-11-9]. Disponível em http://yadda.icm.edu.pl/baztech/element/bwmeta1.element.baztech-c66727a6-1920-4161-bf68-136ed9fb3fef/c/Wolniak1_ZNPSLOZ_87_2016.pdf

ANEXOS

ANEXO I – Ficha de Observação do Edifício Público




FICHA DE OBSERVAÇÃO DAS ACESSIBILIDADES







INTERIOR DOS EDIFÍCIOS PÚBLICOS

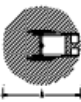

Edifício n.º
Edifício
Localização



	Acessibilidade	Descrição
1	Não acessível	Totalmente não acessível, as barreiras físicas são de difícil ou impossível transposição.
2	Acessível só com ajuda	Só é possível o percurso ou serviço mediante o auxílio de uma terceira pessoa;
3	Acessível com dificuldade	Compreende condições de acessibilidade próximas às exigidas, ainda que não seja acessível.
4	Acessível sem dificuldade	Todas as condições de acessibilidade garantidas para pessoas com mobilidade condicionada.
5	Não aplicável	Ausência de objeto de avaliação
0	Não foi possível avaliar	Não foi possível avaliar por falta dados

	1	2	3	4	5	Observações:
Átrios						
1 Do lado exterior das portas de acesso aos edifícios e estabelecimentos é possível inscrever uma zona de manobra para rotação de 360°.						
2 Nos átrios interiores é possível inscrever uma zona de manobra para rotação de 360°.						
3 As portas de entrada/saída dos edifícios e estabelecimentos possui uma largura útil não inferior a 0,87 m, medida entre a face da folha da porta quando aberta e o batente ou guarnição do lado oposto; se a porta for de batente ou pivotante deve considerar-se a porta na posição aberta a 90°.						


Balcões e Guichés de Atendimento:																														
Nos locais em que forem previstos balcões ou guichés de atendimento, pelo menos um deve satisfazer as seguintes condições																														
4 Deve estar localizado junto a um percurso acessível;																														
5 Deve existir uma zona livre que permita a aproximação frontal ou lateral																														
6 Deve ter uma zona aberta ao público servindo para o atendimento com uma extensão não inferior a 0,8 m e uma altura ao piso compreendida entre 0,75 m e 0,85 m																														
Zona de Permanência																														
7 A zona livre para o acesso e a permanência de uma pessoa em cadeira de rodas deve ter dimensões que satisfaçam o definido em seguida:																														
<div><p>Zona livre</p><table><tr><td>A</td><td>≥</td><td>0,75</td><td>m</td></tr><tr><td>B</td><td>≥</td><td>1,20</td><td>m</td></tr></table></div>							A	≥	0,75	m	B	≥	1,20	m																
A	≥	0,75	m																											
B	≥	1,20	m																											
8 A zona livre deve ter um lado totalmente desobstruído contíguo ou sobreposto a um percurso acessível.																														
9 Se a zona livre estiver situada num recanto que confina a totalidade ou parte de três dos seus lados numa extensão superior ao indicado, deve existir um espaço de manobra adicional conforme definido em seguida:																														
<div><p>Recanto frontal (quando D > 0,60 m)</p><table><tr><td>A</td><td>≥</td><td>0,75</td><td>m</td></tr><tr><td>B</td><td>≥</td><td>1,20</td><td>m</td></tr><tr><td>C</td><td>≥</td><td>0,15</td><td>m</td></tr></table><p>Recanto lateral (quando C > 0,35 m)</p><table><tr><td>A</td><td>≥</td><td>0,75</td><td>m</td></tr><tr><td>B</td><td>≥</td><td>1,20</td><td>m</td></tr><tr><td>D</td><td>≥</td><td>0,30</td><td>m</td></tr></table></div>							A	≥	0,75	m	B	≥	1,20	m	C	≥	0,15	m	A	≥	0,75	m	B	≥	1,20	m	D	≥	0,30	m
A	≥	0,75	m																											
B	≥	1,20	m																											
C	≥	0,15	m																											
A	≥	0,75	m																											
B	≥	1,20	m																											
D	≥	0,30	m																											
10 Alcance:																														
Se a zona livre permitir a aproximação frontal, os objetos ao alcance de uma pessoa em cadeira de rodas devem situar-se dentro dos intervalos definidos em seguida:																														

<p>Alcance frontal</p> <div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 20px;"> <p>A $\geq 0,40$ m</p> <p>B $\leq 1,20$ m</p> </div> </div> <hr/> <p>Alcance frontal sobre obstáculo (quando C $\leq 0,50$ m)</p> <div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 20px;"> <p>A $\leq 1,20$ m</p> <p>B $\geq 0,75$ m</p> </div> </div> <hr/> <p>Alcance frontal sobre obstáculo (quando $0,50 < C \leq 0,60$ m)</p> <div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 20px;"> <p>A $\leq 1,10$ m</p> <p>B $\geq 0,75$ m</p> </div> </div>						
<p>11 Se a zona livre permitir a aproximação lateral, os objetos ao alcance de uma pessoa em cadeira de rodas devem situar-se dentro dos intervalos definidos em seguida:</p> <p>Alcance lateral (quando C $\leq 0,30$ m)</p> <div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 20px;"> <p>A $\geq 0,30$ m</p> <p>B $\leq 1,40$ m</p> </div> </div> <hr/> <p>Alcance lateral sobre obstáculo (quando $0,30 < C \leq 0,50$ m)</p> <div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 20px;"> <p>A $\leq 1,20$ m</p> <p>B $\geq 0,60$ m</p> </div> </div> <hr/> <p>Alcance lateral sobre obstáculo (quando $0,50 < C \leq 0,60$ m)</p> <div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 20px;"> <p>A $\leq 1,00$ m</p> <p>B $\geq 0,85$ m</p> </div> </div>						

Patamares, galerias e corredores						
12	Os patamares, galerias e corredores têm uma largura não inferior a 1,2 m.					
13	Podem existir troços dos patamares, galerias ou corredores com um largura não inferior a 0,9m, e se o seu comprimento for inferior a 1,5m e se não derem acesso a portas laterais de espaços acessíveis					
14	<p>Nos patamares, galerias ou corredores com a largura inferior a 1,5 m, são localizadas em zonas de manobra que permitem rotação de 360° ou mudança de direção de 180° em T de modo a não existirem troços do percurso com uma extensão superior a 10m.</p> <p>Rotação de 360°</p>  <p>$A \geq 1,50 \text{ m}$</p> <p>Mudança de direção de 180° em "T"</p>  <p>$A \geq 0,60 \text{ m}$ $B \geq 0,90 \text{ m}$ $C \geq 0,90 \text{ m}$ $D \geq 0,60 \text{ m}$</p>					
15	Os corrimãos nos patamares, galerias ou corredores, estão instalados a uma altura do piso de 0,9 m e quando interrompidos estão curvados na direção do plano do suporte.					
16	Os corrimões têm um diâmetro ou largura das superfícies de preensão compreendido entre 0,035 m e 0,05 m, ou ter uma forma que proporcione uma superfície de preensão equivalente.					
17	Se os corrimões estiverem colocados junto de uma parede ou dos suportes, o espaço entre o elemento e qualquer superfície adjacente não é inferior a 0,035 m.					
18	Se os corrimões estiverem colocados em planos recuados relativamente à face das paredes, a profundidade do recuo não deve ser superior a 0,08m e o espaço livre acima do topo superior do corrimão não é inferior a 0,3 m.					
19	Os corrimões e as paredes adjacentes não devem possuir superfícies abrasivas, extremidades projetadas perigosas ou arestas vivas.					

20	Os elementos preênsos dos corrimões não podem rodar dentro dos suportes, ser interrompidos pelos suportes ou outras obstruções ou ter um traçado ou materiais que dificultem ou impeçam o deslizamento da mão.					
21	Os corrimões e barras de apoio possuem uma resistência mecânica adequada às solicitações previsíveis e devem ser fixos a superfícies rígidas e estáveis.					
22	Os espaços comuns no interior de edifícios, permitem a circulação de uma pessoa em cadeira de rodas (largura livre superior a 0,9m)					
23	Os edifícios de uso público com mais de um piso têm plataformas elevatórias (quando não têm elevador)					
24	Os pisos permitem andar de forma segura em cadeira de rodas, com canadianas ou com carrinhos de bebês? (largura livre superior a 0,9m)					
25	O revestimento do piso tem uma superfície estável (não se desloca quando sujeita às ações mecânicas decorrentes do uso normal), durável (não é desgastável pela ação da chuva ou de lavagens frequentes) e firme.					
26	O piso é contínuo não possuindo juntas com uma profundidade superior a 0,005m.					
27	Nos corredores não existem obstáculos à circulação de pessoas com mobilidade condicionada (móveis, papelerias, cadeiras).					
28	Existem zonas de manobra que permitem mudança de direção de uma pessoa em cadeira de rodas fazendo uma rotação de 360°. Rotação de 360°  A \geq 1,50 m					
29	As zonas de permanência de pessoas têm uma zona livre de $\geq 0,75$ m por $\geq 1,20$ m. Zona livre  A \geq 0,75 m B \geq 1,20 m					
30	A altura livre de obstruções em toda a largura dos percursos não deve ser inferior a 2m nos espaços encerrados e 2,4 m nos espaços não encerrados					
31	A inclinação dos pisos e dos seus revestimentos na direção do percurso tem até 5%.					
32	Existem formas de vencer desníveis (rampas, escadas ou ambos)					

Rampas						
33	As rampas que vencem desníveis superiores a 0,4 m devem ter corrimão de ambos lados ou um duplo corrimão central se a largura da rampa for superior a 3m.					
34	Quando a largura da rampa é superior a 6 m deve existir corrimão de ambos lados e um duplo corrimão central.					
35	A inclinação das rampas é de 6% para uma projeção até 10 m e um desnível até 0,6 m.					
36	A inclinação das rampas é de 8% para uma projeção até 5 m e um desnível até 0,4m.					
37	As rampas possuem uma largura superior a 1,2 m.					
38	As rampas possuem plataformas horizontais de descanso: na base e no topo de cada lanço, quando têm uma projeção horizontal superior ao especificado para cada inclinação.					
39	As rampas possuem plataformas horizontais de descanso: na base e no topo de cada lanço, quando existe uma mudança de direção com um ângulo igual ou inferior a 90°.					
40	As plataformas horizontais de descanso possuem uma largura igual à da rampa e têm um comprimento superior a 1,5 m.					
41	Os corrimãos das rampas prolongam-se pelo menos 0,3 m na base e no topo da rampa, são contínuos ao longo dos vários lanços e patamares de descanso e são paralelos ao piso da rampa.					
42	Nas rampas com uma inclinação não superior a 6%, o corrimão deve ter pelo menos um elemento preênsil a uma altura compreendida entre 0,85 m e 0,95 m.					
43	Nas rampas com uma inclinação superior a 6%, o corrimão deve ser duplo, com um elemento preênsil a uma altura compreendida entre 0,7 m e 0,75 m e outro a uma altura compreendida entre 0,9 m e 0,95 m.					
44	O revestimento de piso das rampas, no seu início e fim, possuem faixas com diferenciação de textura e cor contrastante relativamente ao pavimento adjacente.					
Escadarias						
45	As escadas que vencerem desníveis superiores a 0,4 m devem possuir corrimãos de ambos os lados.					
46	A altura do corrimão das escadarias está entre 0,85 e 0,9 m (focinho dos degraus e bordo superior do elemento preênsil)?					
47	No topo da escada os corrimãos devem prolongar-se pelo menos 0,3 m para além do último degrau do lanço, sendo esta extensão paralela ao piso.					
48	Na base da escada os corrimãos devem prolongar-se para além do primeiro degrau do lanço numa extensão igual à dimensão do cobertor mantendo a inclinação da escada.					

49	Os corrimãos devem ser contínuos ao longo dos vários lanços da escada.					
50	Quando existem degraus isolados ou escadas constituídas por menos de três degraus, contados pelo número de espelhos, os degraus devem estar claramente assinalados com um material de revestimento de textura diferente e cor contrastante com o restante piso.					
51	A largura dos lanços, patins e patamares das escadas é superior a 1,2 m.					
52	Patamares superiores e inferiores possuem uma profundidade, medida no sentido do movimento, superior a 1,2 m.					
53	Patins intermédios com uma profundidade, medida no sentido do movimento, não inferior a 0,7 m, se os desníveis a vencer, medidos na vertical entre o pavimento imediatamente anterior ao primeiro degrau e o cobertor do degrau superior, forem superiores a 2,4 m.					
54	Os degraus das escadas têm uma profundidade (cobertor) não inferior a 0,28 m.					
55	Os degraus das escadas têm uma altura (espelho) não superior a 0,18 m.					
56	Os degraus das escadas têm a aresta do focinho boleada com um raio de curvatura compreendido entre 0,005 m e 0,01 m;					
57	Os degraus das escadas possuem faixas antiderrapantes e de sinalização visual com uma largura não inferior a 0,04 m e encastradas junto ao focinho dos degraus.					
58	Os degraus das escadas possuem dimensões do cobertor e do espelho constantes ao longo de cada lanço.					
59	O degrau de arranque pode ter dimensões do cobertor e do espelho diferentes das dimensões dos restantes degraus do lanço, se a relação de duas vezes a altura do espelho mais uma vez a profundidade do cobertor se mantiver constante					
60	Os degraus das escadas não devem possuir elementos salientes nos planos de concordância entre o espelho e o cobertor.					
61	Os elementos que constituem as escadas apresentam arestas vivas ou extremidades projetadas perigosas'					
Ascensores						
62	Os patamares diante das portas dos ascensores têm dimensões que permitem inscrever zonas de manobra para rotação de 360°. <small>Rotação de 360°</small>  $A \geq 1,50 \text{ m}$					
63	Os patamares diante das portas dos ascensores têm					

uma inclinação não superior a 2% em qualquer direção.						
64 Os patamares diante das portas dos ascensores estão desobstruídos de degraus ou outros obstáculos que possam impedir ou dificultar a manobra de uma pessoa em cadeira de rodas.						
65 Os edifícios de uso público com mais de um piso têm elevador com dimensões adequadas à sua utilização por uma pessoa em cadeira de rodas (largura $\geq 1,1$ m e profundidade $\geq 1,4$ m).						
66 Possuem uma precisão de paragem relativamente ao nível do piso dos patamares não superior a $\pm 0,02$ m.						
67 O um espaço entre os patamares e o piso das cabinas não é superior a 0,035 m.						
68 Possui pelo menos uma barra de apoio colocada numa parede livre do interior das cabinas situada a uma altura do piso compreendida entre 0,875 m e 0,925 m e a uma distância da parede da cabina compreendida entre 0,035 m e 0,05 m.						
69 As portas dos ascensores devem, no caso de serem novos, de correr horizontalmente e ter movimento automático.						
70 As portas têm uma largura útil não inferior a 0,8 m, medida entre a face da folha da porta quando aberta e o batente ou guarnição do lado oposto.						
71 As portas têm uma cortina de luz standard (com feixe plano) que imobiliza as portas e o andamento da cabina.						
72 Os dispositivos de comando dos ascensores estão instalados a uma altura, medida entre o piso e o eixo do botão, compreendida entre 0,9 m e 1,2 m quando localizados nos patamares, e entre 0,9 m e 1,3 m quando localizados no interior das cabinas.						
73 Os dispositivos de comando dos ascensores demonstram sinais visuais para indicam quando o comando foi registado.						
74 Os dispositivos de comando dos ascensores possuem um botão de alarme e outro de paragem de emergência localizados no interior das cabinas.						
Plataformas elevatórias						
75 As plataformas elevatórias possuem dimensões que permitem a sua utilização por um indivíduo adulto em cadeira de rodas, e nunca inferiores a 0,75 m por 1 m.						
76 A precisão de paragem das plataformas elevatórias relativamente ao nível do piso do patamar não é superior a $\pm 0,02$ m.						
77 Existem zonas livres para entrada/saída das plataformas elevatórias com uma profundidade não inferior a 1,2 m e uma largura não inferior à da plataforma.						
78 Se o desnível entre a plataforma elevatória e o piso for superior a 0,75 m, existem portas ou barras de proteção no						

acesso à plataforma; que podem ser acionadas manualmente pelo utente.						
79 Todos os lados da plataforma elevatória, com exceção dos que permitem o acesso, possuem anteparos com uma altura não inferior a 0,1 m.						
80 No caso das plataformas elevatórias instaladas sobre escadas, estas são rebatíveis de modo a permitir o uso de toda a largura da escada quando a plataforma não está em uso.						
81 O controlo do movimento da plataforma elevatória está colocado de modo a ser visível e pode ser utilizado por um utente sentado na plataforma e sem a assistência de terceiros.						
Telefones de Uso Público:						
Nos locais em que forem previstos telefones de uso público, pelo menos um deve satisfazer as seguintes condições:						
82 Estar localizado junto a um percurso acessível;						
83 Possuir uma zona livre que permita a aproximação frontal ou lateral						
84 Ter a ranhura para as moedas ou para o cartão, bem como o painel de marcação de números, a uma altura do piso compreendida entre 1 m e 1,3 m;						
85 Estar suspenso, de modo a possuir uma zona livre com uma largura não inferior a 0,7 m e uma altura ao piso não inferior a 0,65 m;						
86 Utilizar números do teclado com referência tátil (exemplos: em alto-relevo ou braille).						

Informações adicionais:

1. Numero de trabalhadores do edifício: _____
2. Neste edifício trabalham pessoas como mobilidade Reduzida (cadeira de rodas ou outros dispositivos)?
Sim _____ Não _____ Quantos? _____
3. Neste edifício trabalham pessoas como alterações sensoriais (cegos, surdos, amíopes)?
Sim _____ Não _____ Quantos? _____
4. Este edifício tem serviços que o cidadão precisa de recorrer?
Sim _____ Não _____

Nota Final: (registrar alguma situação que considere útil para as acessibilidades)



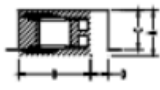
ANEXO II – Ficha de Observação WC







Ficha de Observação das Acessibilidades do WC



Edifício n.º
Edifício
Localização

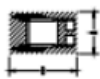


	Acessibilidade	Descrição
1	Não acessível	Totalmente não acessível, as barreiras físicas são de difícil ou impossível transposição.
2	Acessível só com ajuda	Só é possível o percurso ou serviço mediante o auxílio de uma terceira pessoa;
3	Acessível com dificuldade	Compreende condições de acessibilidade próximas às exigidas para pessoas com mobilidade reduzida;
4	Acessível sem dificuldade	Todas as condições de acessibilidade garantidas para pessoas com mobilidade condicionada.
5	Não aplicável	Ausência de objeto de avaliação
0	Não foi possível avaliar	Não foi possível avaliar por falta dados

	GRELHA DE OBSERVAÇÃO	1	2	3	4	5	Observação
	Condições gerais wc						
1	Os aparelhos sanitários adequados ao uso por pessoas com mobilidade condicionada, designados de acessíveis, podem estar integrados numa instalação sanitária conjunta para pessoas com e sem limitações de mobilidade, ou constituir uma instalação sanitária específica para pessoas com mobilidade condicionada.						
2	Se existir uma instalação sanitária específica para pessoas com mobilidade condicionada, esta pode servir para o sexo masculino e para o sexo feminino e deve estar integrada ou próxima das restantes instalações sanitárias.						
3	Se os aparelhos sanitários acessíveis estiverem integrados numa instalação sanitária conjunta, devem representar pelo menos 10% do número total de cada aparelho instalado e nunca inferior a um.						

Acesso às Instalações						
4	A porta de acesso a instalações sanitárias ou a cabinas onde sejam instalados aparelhos sanitários acessíveis deve ser de correr ou de batente abrindo para fora.					
Os lavatórios acessíveis devem satisfazer as seguintes condições:						
5	<p>Deve existir uma zona livre de aproximação frontal ao lavatório com dimensões que satisfaçam o especificado ;</p> <p>1) Uma zona livre para o acesso e a permanência de uma pessoa em cadeira de rodas deve ter dimensões que satisfaçam o definido em seguida:</p> <div><div><p>Zona livre</p></div><div><p>A ≥ 0,75 m</p><p>B ≥ 1,20 m</p></div></div> <p>2) A zona livre deve ter um lado totalmente desobstruído contíguo ou sobreposto a um percurso acessível.</p> <p>3) Se a zona livre estiver situada num recanto que confina a totalidade ou parte de três dos seus lados numa extensão superior ao indicado, deve existir um espaço de manobra adicional conforme definido em seguida</p> <div><div><p>Recanto frontal (quando D > 0,60 m)</p></div><div><p>A ≥ 0,75 m</p><p>B ≥ 1,20 m</p><p>C ≥ 0,15 m</p></div></div> <div><div><p>Recanto lateral (quando C > 0,35 m)</p></div><div><p>A ≥ 0,75 m</p><p>B ≥ 1,20 m</p><p>D ≥ 0,30 m</p></div></div> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>					
6	A altura do piso ao bordo superior do lavatório deve ser de 0,8 m, admitindo-se uma tolerância de (mais ou menos) 0,02 m;					
7	Sob o lavatório deve existir uma zona livre com uma largura não inferior a 0,7 m, uma altura não inferior a 0,65 m e uma profundidade medida a partir do bordo frontal não inferior a 0,5 m;					
8	Sob o lavatório não devem existir elementos ou superfícies cortantes ou abrasivas.					

Os espelhos colocados sobre lavatórios acessíveis devem satisfazer as seguintes condições:						
9	Se forem fixos na posição vertical, devem estar colocados com a base inferior da superfície refletora a uma altura do piso não superior a 0,9 m;					
10	Se tiverem inclinação regulável, devem estar colocados com a base inferior da superfície refletora a uma altura do piso não superior a 1,1 m;					
11	O bordo superior da superfície refletora do espelho deve estar a uma altura do piso não inferior a 1,8 m.					
Os controlos e mecanismos operáveis (controlos da torneira, controlos do escoamento, válvulas de descarga da sanita) e os acessórios (suportes de toalhas, saboneteiras, suportes de papel higiénico) dos aparelhos sanitários acessíveis devem satisfazer as seguintes condições:						
12	Devem estar dentro das zonas de alcance frontal ou lateral, considerando uma pessoa em cadeira de rodas a utilizar o aparelho e uma pessoa em cadeira de rodas estacionada numa zona livre;					
<div><div>Alcance frontal</div><div></div><div>$A \geq 0,40 \text{ m}$ $B \leq 1,20 \text{ m}$</div></div> <div><div>Alcance frontal sobre obstáculo (quando $C \leq 0,30 \text{ m}$)</div><div></div><div>$A \leq 1,20 \text{ m}$ $B \geq 0,75 \text{ m}$</div></div> <div><div>Alcance frontal sobre obstáculo (quando $0,30 < C \leq 0,60 \text{ m}$)</div><div></div><div>$A \leq 1,00 \text{ m}$ $B \geq 0,75 \text{ m}$</div></div> <div><div>Alcance lateral (quando $C \leq 0,30 \text{ m}$)</div><div></div><div>$A \geq 0,30 \text{ m}$ $B \leq 1,40 \text{ m}$</div></div> <div><div>Alcance lateral sobre o bñsticulo (quando $0,30 < C \leq 0,50 \text{ m}$)</div><div></div><div>$A \leq 1,20 \text{ m}$ $B \geq 0,60 \text{ m}$</div></div> <div><div>Alcance lateral sobre o bñsticulo (quando $0,50 < C \leq 0,60 \text{ m}$)</div><div></div><div>$A \leq 1,00 \text{ m}$ $B \geq 0,85 \text{ m}$</div></div>						

13	Devem poder ser operados por uma mão fechada, oferecer uma resistência mínima e não requerer uma preensão firme nem rodar o pulso;						
14	As torneiras devem ser do tipo mono comando e acionadas por alavanca;						
15	Os controlos do escoamento devem ser do tipo de alavanca.						
As sanitas acessíveis devem satisfazer as seguintes condições:							
16	A altura do piso ao bordo superior do assento da sanita deve ser de 0,45 m, admitindo-se uma tolerância de (mais ou menos) 0,01 m;						
17	<p>Devem existir zonas livres, de um dos lados e na parte frontal da sanita, para o acesso e a permanência de uma pessoa em cadeira de rodas que deve ter dimensões que satisfaçam o definido em seguida</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>Zona livre</p>  </div> <div style="margin-left: 20px;"> <p>A ≥ 0,75 m</p> <p>B ≥ 1,20 m</p> </div> </div>						
18	Quando existir mais de uma sanita, as zonas livres de acesso devem estar posicionadas de lados diferentes, permitindo o acesso lateral pela direita e pela esquerda;						
19	<p>Quando for previsível um uso frequente da instalação sanitária por pessoas com mobilidade condicionada, devem existir zonas livres de ambos os lados e na parte frontal para o acesso e a permanência de uma pessoa em cadeira de rodas que deve ter dimensões que satisfaçam o definido em seguida:</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>Zona livre</p>  </div> <div style="margin-left: 20px;"> <p>A ≥ 0,75 m</p> <p>B ≥ 1,20 m</p> </div> </div>						
As barras de apoio instaladas junto dos aparelhos sanitários acessíveis devem satisfazer as seguintes condições (Podem ter formas, dimensões, modos de fixação e localizações diferentes das definidas, se possuírem as superfícies de preensão nas localizações definidas ou ser for comprovado que melhor se adequam às necessidades dos utentes)							
20	As barras de apoio devem ter um diâmetro ou largura das superfícies de preensão compreendido entre 0,035 m e 0,05 m, ou ter uma forma que proporcione uma superfície de preensão equivalente						
21	Se as barras de apoio estiverem colocados junto de uma parede ou dos suportes, o espaço entre o elemento e qualquer superfície adjacente não deve ser inferior a 0,035 m						
22	Se as barras de apoio estiverem colocados em planos recuados relativamente à face das paredes, a profundidade do recuo não deve ser superior a 0,08m e o espaço livre acima do topo superior do corrimão não deve ser inferior a 0,3 m.						
23	As barras de apoio e as paredes adjacentes não devem possuir superfícies abrasivas, extremidades projetadas perigosas ou arestas vivas.						

24	Os elementos preênses das barras de apoio não devem rodar dentro dos suportes, ser interrompidos pelos suportes ou outras obstruções ou ter um traçado ou materiais que dificultem ou impeçam o deslizamento da mão.					
25	As barras de apoio devem possuir uma resistência mecânica adequada às solicitações previsíveis e devem ser fixos a superfícies rígidas e estáveis.					
Os urinóis acessíveis devem satisfazer as seguintes condições:						
26	Devem estar assentes no piso ou fixos nas paredes com uma altura do piso ao seu bordo inferior compreendida entre 0,6 m e 0,65 m;					
27	Deve existir uma zona livre de aproximação frontal ao urinol com dimensões que satisfaçam: <div><div><div>Zona livre</div></div><div><div>A</div><div>≥</div><div>0,75</div><div>m</div></div><div><div>B</div><div>≥</div><div>1,20</div><div>m</div></div></div>					
28	Uma zona livre para o acesso e a permanência de uma pessoa em cadeira de rodas deve ter dimensões que satisfaçam o definido em seguida: zona livre deve ter um lado totalmente desobstruído contíguo ou sobreposto a um percurso acessível.					
29	Se a zona livre estiver situada num recanto que confina a totalidade ou parte de três dos seus lados numa extensão superior ao indicado, deve existir um espaço de manobra adicional conforme definido em seguida: <div><div><div>Recanto frontal (quando D > 0,60 m)</div></div><div><div>A</div><div>≥</div><div>0,75</div><div>m</div></div><div><div>B</div><div>≥</div><div>1,20</div><div>m</div></div><div><div>C</div><div>≥</div><div>0,15</div><div>m</div></div></div> <div><div><div>Recanto lateral (quando C > 0,35 m)</div></div><div><div>A</div><div>≥</div><div>0,75</div><div>m</div></div><div><div>B</div><div>≥</div><div>1,20</div><div>m</div></div><div><div>D</div><div>≥</div><div>0,30</div><div>m</div></div></div>					
30	Se existir comando de acionamento da descarga, o eixo do botão deve estar a uma altura do piso de 1m, admitindo-se uma tolerância de (mais ou menos) 0,02 m;					
31	Devem existir barras verticais de apoio, fixadas com um afastamento de 0,3m do eixo do urinol, a uma altura do piso de 0,75 m e com um comprimento não inferior a 0,7m.					

O equipamento de alarme das instalações sanitárias acessíveis deve satisfazer as seguintes condições:						
32	Deve estar ligado ao sistema de alerta para o exterior;					
33	Deve disparar um alerta luminoso e sonoro;					
34	Os terminais do equipamento de alarme devem estar indicados para utilização com luz e auto-iluminados para serem vistos no escuro;					
35	Os terminais do sistema de aviso podem ser botões de carregar, botões de puxar ou cabos de puxar;					
36	Os terminais do sistema de aviso devem estar colocados a uma altura do piso compreendida entre 0,4 m e 0,6 m, e de modo a que possam ser alcançados por uma pessoa na posição deitada no chão após uma queda ou por uma pessoa em cadeira de rodas.					

Notas adicionais:

Nº de sanitários total _____

Nº de sanitário com identificação para deficientes _____

Acesso do exterior até ao sanitário do deficiente:

Escadas _____

Rampa _____

% inclinação _____

Fraldário:

Sim _____ Não _____

Localização:

WC Feminino _____

WC Masculino: _____

WC deficiente _____

Individualizado _____

Nota do observador: